



MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE – MT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2025 – SMS/VG

Convocação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) para apresentação de documentação referente ao Plano de Ação de Regularização Funcional e Previdenciária

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA GRANDE**, no uso de suas atribuições legais, e em cumprimento à **Decisão Singular nº 746/GAM/2025**, proferida pelo **Conselheiro Guilherme Antônio Maluf** nos autos do **Processo TCE/MT nº 63.600-2/2023**, que homologou o **Plano de Ação do Município de Várzea Grande** voltado à **regularização funcional e previdenciária dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE)**, torna público o presente **Edital de Chamamento**, convocando todos os **ACS e ACE com vínculo contratual ou precário, atualmente em exercício no Município de Várzea Grande**, para apresentarem a documentação abaixo relacionada, destinada à execução da Fase Administrativa do Plano de Ação para Regularização Funcional e Previdenciária dos ACS e ACE.

1. DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto convocar todos os **ACS e ACE com vínculo contratual ou precário, atualmente em exercício no Município de Várzea Grande**, para apresentação de **documentação comprobatória de vínculo, escolaridade e formação**, a ser utilizada na execução do Plano de Ação para Regularização Funcional e Previdenciária dos ACS e ACE de Várzea Grande, homologado pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso.



A coleta da documentação tem por finalidade subsidiar o cumprimento do Plano de Ação para Regularização Funcional e Previdenciária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, homologado pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, mediante o levantamento e organização das informações necessárias às etapas subsequentes de execução e acompanhamento.

O presente chamamento integra a Fase Administrativa do Plano de Ação, voltada exclusivamente à coleta e sistematização de informações e documentos necessários à instrução das etapas subsequentes.

2. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS

Os agentes convocados deverão apresentar os seguintes documentos, devidamente preenchidos e assinados:

I – Documento oficial de identificação com foto (Carteira de Identidade, CNH, Passaporte ou outro documento equivalente);

II – Formulário de Identificação, conforme modelo constante do **Anexo I** deste Edital;

III – Termo de Compromisso Previdenciário, conforme modelo constante do **Anexo II** deste Edital;

IV – Cópia do diploma ou certificado de conclusão do ensino médio (ou superior), para comprovação da escolaridade mínima exigida para o cargo;

V – Certificados de cursos de formação inicial e/ou continuada, que, somados, atinjam carga horária mínima de **40 (quarenta) horas**.

Parágrafo único – Aos agentes que **não tenham concluído o curso de formação inicial e continuada** ou **não possuam a carga horária mínima exigida**, será **oportunizado, nas próximas fases do Plano de Ação, curso de capacitação**, cabendo à **Secretaria Municipal de Saúde** apenas **disciplinar, por portaria, os meios, orientações, indicações e prazos máximos para sua realização**, de modo a viabilizar que os agentes possam cumpri-lo e obter a comprovação correspondente.



3. DO PRAZO E DOS LOCAIS DE ENTREGA

3.1. O prazo para entrega da documentação será de **15 (quinze) dias úteis**, iniciando-se em **29 de outubro de 2025** e encerrando-se em **20 de novembro de 2025**.

3.2. A entrega poderá ser feita **presencialmente** ou **de forma eletrônica**, conforme as opções abaixo:

a) Presencialmente: na **Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande**, situada na **Avenida da FEB, Bairro Manga, Várzea Grande – MT, CEP 78115-904**, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h (horário local);

b) Eletronicamente - pelo endereço de e-mail: regularizacaofuncionalacseace@gmail.com

Após o envio, a Secretaria Municipal de Saúde acusará o recebimento por mensagem de confirmação encaminhada ao e-mail remetente.

3.3. Os formulários poderão também ser **retirados fisicamente** na sede da Secretaria Municipal de Saúde, no mesmo endereço acima indicado, ou obtidos **por meio eletrônico** no sítio oficial da Prefeitura de Várzea Grande.

4. DA VALIDAÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

4.1. As informações prestadas nos formulários deverão refletir com exatidão a situação funcional e a trajetória do servidor.

4.2. A falsidade de informações ou a omissão de dados relevantes implicará responsabilização administrativa, civil e penal, conforme a legislação vigente.

4.3. Os documentos serão recebidos, conferidos e sistematizados por comissão específica instituída no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, designada por Portaria própria, que providenciará o encaminhamento da documentação ao Grupo de Trabalho Interinstitucional, nos termos da Portaria Conjunta nº 001/2025 – GAB/SMS/PGM, para posterior remessa ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso.



5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. O não atendimento a esta convocação **poderá resultar na impossibilidade de regularização funcional e previdenciária** do agente, nos termos do Plano de Ação e das orientações do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso.

5.2. Casos omissos ou situações excepcionais serão analisados pela **Secretaria Municipal de Saúde**, em articulação com a **Procuradoria-Geral do Município**, observadas as normas aplicáveis e o interesse público.

5.3. Este Edital e seus anexos estarão disponíveis na íntegra no **Diário Oficial dos Municípios de Mato Grosso**, no **site oficial da Prefeitura de Várzea Grande**, e afixados em mural público na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Várzea Grande – MT, 23 de outubro de 2025.

LOICY APARECIDA DA SILVA CUNHA
Secretária Municipal de Saúde, em substituição.

FLÁVIA PETERSEN MORETTI DE ARAÚJO
Prefeita do Município de Várzea Grande



Anexo I – Formulário de Identificação

MUNICÍPIO DE VARZEA GRANDE - MT FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

(Plano de Ação para Regularização de ACS e ACE do Município de Várzea Grande
junto ao TCE/MT)

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
portador(a) do CPF nº _____ e do RG nº _____,
residente e domiciliado(a) na
_____, bairro
_____, Município de _____, telefone para contato
_____, declaro, para os devidos fins, que ocupo atualmente o cargo
de () Agente Comunitário de Saúde / () Agente de Combate às Endemias, vinculado(a)
a unidade _____, estando em efetivo
exercício das funções.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

1) Formação e escolaridade mínima (para fins de comprovação do requisito de ensino médio exigido para o cargo)

- () Ensino médio completo – **apresento comprovante**
() Ensino médio em andamento
() Ensino fundamental completo
() Possuo formação de nível superior (especificar): _____

2) Curso de formação inicial e continuada (ACS/ACE) – 40h

- () Já concluí o curso de formação inicial e continuada
() Ainda não concluí – ciente da obrigatoriedade de participação conforme o Plano de Ação
() Concluí outros cursos de formação (especificar):

3) Vinculação funcional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)



Atuo atualmente em:

- () Atenção básica
() Vigilância epidemiológica / ambiental
() Outro: _____

Declaro, sob as penas da lei, que exerço de forma ininterrupta as atribuições do referido cargo desde a data de ____ / ____ / _____, tendo sido lotado(a), inicialmente, na localidade de _____, e atualmente atuando na localidade de _____.

Declaro, ainda, que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, completas e correspondem a realidade dos fatos, assumindo plena e exclusiva responsabilidade por seu conteúdo. Estou ciente de que este documento será utilizado pelo Município de Várzea Grande para fins de cumprimento de Plano de Ação a ser apresentado ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (TCE/MT), com vistas a regularização funcional dos servidores Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias admitidos no âmbito deste Município.

Por fim, declaro estar ciente de que a apresentação de informações falsas ou a tentativa de induzir a Administração Pública em erro poderá ensejar responsabilização administrativa, civil e penal, conforme a legislação vigente.

Várzea Grande/MT, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do agente: _____



Anexo II – Termo de Compromisso Previdenciário

MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE – MT
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Instituto Seguridade Social dos Servidores Municipais de Várzea Grande -
PREVIVAG

TERMO DE COMPROMISSO
(Inserção no Regime Próprio de Previdência Social – RPPS)

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
portador(a) do CPF nº _____ e do RG nº _____,
residente e domiciliado(a) na
_____, bairro
_____, município de Várzea Grande/MT, telefone
_____, ocupante do cargo de () Agente Comunitário de
Saúde / () Agente de Combate às Endemias, atualmente em exercício na unidade
_____, assumo, por meio deste termo, o compromisso
de providenciar, por minha conta e responsabilidade, a **Certidão de Tempo de
Contribuição (CTC)** junto ao(s) regime(s) de previdência aos quais estive anteriormente
vinculado(a), com o objetivo de viabilizar a averbação do tempo de contribuição e a
transferência dos respectivos valores para o **Regime Próprio de Previdência Social
(RPPS)** do Município de Várzea Grande/MT, caso venha a ser formalmente inserido(a) no
regime estatutário permanente.

Comprometo-me a protocolar o requerimento de emissão da CTC e apresentar o
comprovante de protocolo à Administração Municipal no prazo de até **180 (cento e
oitenta) dias corridos, contados da publicação do ato administrativo que formalizar
minha inclusão no regime estatutário. Caso o prazo venha a ser ultrapassado,**
deverá ser apresentada justificativa formal quanto à pendência da emissão da CTC,
para apreciação pela Administração, ficando assegurado que, havendo motivo
justificado e devidamente comprovado, não haverá prejuízo funcional ou
previdenciário ao servidor.

Declaro, ainda, estar ciente da importância deste procedimento, bem como das
consequências legais e administrativas decorrentes da não apresentação da
documentação exigida no prazo estabelecido, quando injustificadamente.

Várzea Grande/MT, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do agente: _____