



CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entidade de orientação, representação, defesa e disciplina dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil. Inscrita no CNPJ sob o nº 20.062.184/0001-21.
Publicado no DOU, Seção 3, página nº 236, de 05/12/2013 e no DOU, Seção 3, página nº 153, de 14/07/2015.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REGISTRO/FILIAÇÃO NO CONTACS.

COPIAS LEGÍVEL EM PDF DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

1. Carteira de Identidade (frente e verso), em boa qualidade (em arquivo PDF);
2. Título de Eleitor (frente e verso), em boa qualidade (em arquivo PDF);
3. Carteira de Trabalho parte do retrato, em boa qualidade (em arquivo PDF);
4. Comprovante de residência atual: Água, Luz, Conta de telefone (em arquivo PDF);
5. Contracheque atual, caso seja ACS/TACS servidor público (em arquivo PDF);
6. Diploma de TACS se tiver, (em arquivo PDF).

Não aceitaremos documentos citados acima no arquivo de imagem

OUTROS:

1. Ficha de registro (filiação) do CONTACS (imprimir, preencher assinar e enviar no arquivo PDF);
2. Foto 3X4 com o fundo branco formato JPG - **IMAGEM**, (paletó e gravata) para **homem**;
3. Foto 3X4 com o fundo branco formato JPG - **IMAGEM**, (camisa branca com o Blazer preto por cima), para **mulher**;
4. **O pagamento** da taxa de inscrição de R\$ 20,00, não caracteriza o registro (filiação) no Conselho;
5. A contribuição mensal ou anual caracteriza filiação do TACS/ACS no CONTACS/CORTACS, o processo de filiação no Conselho dará início após a Secretaria de Finanças identificar o pagamento da mensalidade do mês.

A FOTO E OS DOCUMENTOS SOLICITADOS ACIMA DEVEM SER ENVIADOS PARA O SEGUINTE E-MAIL:

- 1- filiacaocontacs@hotmail.com e WhatsApp (71) 71 9 8257-7995.

OBS: quem poderá se registrar (filiar) no CONTACS/CORTACS:

1. O Técnico em Agente Comunitário de Saúde, portador de Diploma de TACS expedido por escola, instituição de ensino devidamente autorizada, em exercício da função ou autônomo;
2. O Tecnólogo em Agente Comunitário de Saúde, portador de Diploma de TACS expedido por escola, instituição de ensino devidamente autorizada, em exercício da função ou autônomo;
3. Os Agentes Comunitários de Saúde;

ATENÇÃO:

2. A falta de qualquer um dos documentos elencados na solicitação acima, não será concretizada a filiação do solicitante.



CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entidade de orientação, representação, defesa e disciplina dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil. Inscrita no CNPJ sob o nº 20.062.184/0001-21.
Publicado no DOU, Seção 3, página nº 236, de 05/12/2013 e no DOU, Seção 3, página nº 153, de 14/07/2015.

REQUERIMENTO DE REGISTRO (FILIAÇÃO) DE PESSOA FÍSICA

Registro nº _____ (informação preenchida pelo CONTACS/CORTACS)

FOTO
3 X 4

DADOS PESSOAIS

Nome:*		Sexo:*	
Endereço:*		Nº:*	
Bairro:*	CEP:*		
Cidade:*		UF:*	
E-mail:*		Cel.:*	
Telefone Residencial:*		CPF:*	
RG:*	Órgão Exp.:*	Data de Expedição:*/ /	
PIS/PASEP:*		CTPS nº *	Série:*
Estado civil:*		Data de Nascimento:*/ /	
Natural de:*		Nacionalidade:*	
Pai:*		Mãe:*	
Unidade de Trabalho:*		Data de Admissão:*/ /	

DECLARAÇÃO DA VERDADE

Declaro que as informações contidas neste formulário são a expressão da verdade. Venho, portanto, requerer meu registro (filiação) no Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde - CONTACS. Declaro estar aderindo e concordando em se submeter integralmente ao Código de Ética Profissional, ao Estatuto do CONTACS e seus termos e condições e de qualquer de suas alterações futuras, além de aceitar as disposições do Sistema CONTACS/CORTACS. Declaro Está ciente que terei que cumprir com as minhas obrigações sociais, e para desassociar, a solicitação terá que ser feita por escrito manualmente diante da Entidade. Declaro ainda, que estou ciente que os boletos bancários registrados de contribuições/mensalidades estão sujeitos a protesto em caso de inadimplência, razão pela qual aceito de livre e espontânea vontade. Nestes termos, peço deferimento.

_____ de _____ de _____
Cidade UF Data Mês ano

Assinatura do TACS/ACS

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM CONSIGNADO

Eu, _____ CPF nº _____
Funcionário (a) da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de: _____
Desejando afiliação, venho requerer minha admissão como filiado (a) deste CONTACS, autorizando, desde logo, o desconto em meu salário base da contribuição, em favor do Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde - CONTACS, fixado pela Plenária Nacional (Assembleia Geral), em **2% (dois por cento)** sobre o salário base, devendo o depósito ser efetuado na Conta Corrente nº 67.966-6, Agência 3457-6 – Banco do Brasil.

Declaro ainda, que estou ciente que para desassociar, a solicitação terá que ser feita por escrito manualmente diante da Entidade a qual estou filiado (a).

_____ de _____ de _____
Cidade UF Data Mês ano

Assinatura do TACS/ACS



CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entidade de orientação, representação, defesa e disciplina dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil. Inscrita no CNPJ sob o nº 20.062.184/0001-21.
Publicado no DOU, Seção 3, página nº 236, de 05/12/2013 e no DOU, Seção 3, página nº 153, de 14/07/2015.

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde.

Nome do requerente: _____,
Portador da Carteira de Identidade nº _____, Órgão
Expedida: _____ em data de: ____/____/____ CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado (a) na Rua: _____ nº _____,
Complemento _____, CEP: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____,
Estado: _____, Tel. _____,
Profissão: _____.

Desejo requerer a Carteira de Identidade Profissional de TACS/ACS para que declaro para todos os fins que: a) responsabilizo-me integralmente pelo uso e a qualquer tempo pela adequada utilização da Carteira Associativa do Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde - CONTACS e das informações nela contidas de caráter associativo e a que tiver acesso nela. Estou ciente de que posso vir a ser responsabilizado por danos morais e materiais decorrentes da má utilização em desacordo da utilização, reprodução ou divulgação indevida das informações nelas contidas. Isento, igualmente, a administração do Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde - CONTACS, a entidade ou seus servidores de qualquer responsabilidade pelo eventual mau uso da mesma; b) Estou ciente das restrições a que se referem os arts. 4º e 6º da Lei nº 8.159, de 08.01.1991 (Lei de Arquivos); da Lei nº 9.610, de 19.02.1998 (Lei de Direitos Autorais); dos arts. 138 a 145 do Código Penal, que prevê os crimes de calúnia, injúria e difamação, quando presentes; bem como da proibição do mau uso decorrente do art. 5º, X e XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, de difundir as informações obtidas que, embora associadas a interesses particulares, digam respeito à honra e à imagem de terceiros, ou suas próprias, quando desnecessárias, além do art. 25, §§ 1º e 2º, da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação Pública); c) Estou ciente da obrigatoriedade de conservação deste documento pessoal durante sua vigência e validade e de uso exclusivo associativo, por ocasião da eventual divulgação das referidas informações pessoais, mencionar a fonte a que os respectivos originais pertencem.

_____ - _____, _____ de _____ de _____
Cidade Estado Data Mês Ano

Assinatura do Associado com firma reconhecida.