



# 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.

## TERMO DE 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 nº:*	
RG nº:*	Órgão Exp.:*	Data de Expedição:*/ /	
PIS/PASEP:*	CTPS nº *	Série:*	
Função: ACS ( ) TACS/ACS Autônomo ( ) Cursando TACS ( ) TACS Autônomo ( )			
Estado civil:*		Data de Nascimento:*/ /	
Grupo Sanguíneo:*		Fator RH:*	
Pai:*		Mãe:*	
Unidade de Trabalho:*		Data de Admissão:*/ /	

### TERMO DE CIÊNCIA E DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E VERACIDADE

Declaro, para os devidos fins e sob as penas da Lei, que as informações contidas neste formulário são verdadeiras. Venho, portanto, requerer o meu registro/filiação no Conselho Nacional/Conselho Regional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde. Declaro aderir, concordar e submeter-me integralmente ao Código de Ética Profissional, ao Estatuto do CONTACS/CORTACS, seus termos, condições e de quaisquer futuras alterações, além de aceitar as disposições do Sistema CONTACS/CORTACS.

Declaro para os devidos fins de direito que honrarei com responsabilidade, com o pagamento das minhas mensalidades ou anuidades com o CONTACS, sob pena de medidas cabíveis, na existência de inadimplência, estou ciente que a entidade encaminhará meu nome ao Cartório de Protesto, SERASA/SPC, caso não as cumpra. Estou ciente que ao solicitar o cancelamento ou suspensão da (o) filiação/registro ao CONTACS/CORTACS, devo estar com as obrigações mensais ou as anuidades em dia. Motivo pelo qual aceito esta condição de livre e espontânea vontade.

Nestes termos, peço deferimento.

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Data Mês ano

Assinatura Eletrônica do TACS/ACS pelo Gov.br

### 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 já, o desconto em meu salário base da contribuição, em favor do Conselho Nacional de Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde - CONTACS, fixada 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 está ciente que para desassociar-me, a solicitação terá que ser feita por escrito à mão diante da Entidade a qual estou filiado (a).

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Data Mês ano

Assinatura do TACS/ACS