



**Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e
Agente de Combate as Endemias**

Avenida III Nº 576 Altos Jereissati I Maracanaú - CE
CNPJ/MF 02.958.117/0001-08
Fone 085 3014-3019 www.conacs.org.br

FICHA DE RECADASTRAMENTO

RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ/MF/Nº CNES/Nº			
REPRESENTANTE LEGAL:			
RG		CPF:	
CIDADE		CEP	
ENDEREÇO			
TEL:			
E-MAIL:			
Nº DE AGENTES (ACS E ACE): CADASTRADOS			FILIADOS

DECLARAÇÃO

Solicita seu recadastramento junto a CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE (CONACS) e neste ato declara concordar com as normas estatutárias, bem como informar ter () _____

ACS e/ou ACE na sua base de arrecadação e fará o recolhimento da contribuição confederativa a CONACS, conforme deliberação no VI CONGRESSO NACIONAL DA CONACS. (A referida contribuição anual será de R\$ 1.00 mensal por associado declarado).

OBS: Anexar o ultimo comprovante de deposito referente à mensalidade da CONACS.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Presidente da Entidade