

Declaração de vinculação ao SUS

Declaro que _____, CPF n° _____, matriculado no curso técnico de (marcar X em uma das opções abaixo):

Agente Comunitários de Saúde (ACS)

Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias (ACE)

se

mantém seu vínculo ativo até o dia de hoje

com o Município de _____, no Estado (UF) _____, desta forma atendendo aos requisitos do Programa Saúde com Agente, instituído pela Portaria MS 3.241/2020.

Dados do Gestor

O documento deve ser assinado pelo Gestor da Atenção Básica ou pelo Secretário da Saúde do município.

Nome completo do gestor: _____

Cargo: _____

Nº de registro em Conselho de Classe (se houver) _____

Assinatura

Caso o documento não seja assinado com certificação eletrônica, o mesmo deve conter assinatura legível e carimbo

Local e data