

SIM / SINASC

SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO NÍVEL FEDERAL

O município de _____, núcleo _____

encaminha informações do(s) servidor(es) que poderão acessar os sistemas abaixo especificados com as respectivas rotinas.

Nome:		
CPF:	Celular:	Fixo:
Email:		
Cargo:	Órgão:	
Endereço:		
Município:		UF:
<input type="radio"/> - SINASC <input type="radio"/> - SIM [] Óbito Materno [] Óbito Infantil [] Conferência		

Nome:		
CPF:	Celular:	Fixo:
Email:		
Cargo:	Órgão:	
Endereço:		
Município:		UF:
<input type="radio"/> - SINASC <input type="radio"/> - SIM [] Óbito Materno [] Óbito Infantil [] Conferência		

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo: Secretário(a) Municipal de Saúde