

SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO FEDERAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: _____ CPF: _____

Cargo/Função: _____ Tipo de Vínculo: _____

Área de Atuação: ☐ Vigil. Ambiental ☐ Vigil. Sanitária ☐ Vigil. Epidemiológica

Lotação: ☐ Estadual ☐ Regional ☐ Municipal ☐ Unidade de Saúde

Núcleo Regional de Saúde/Regional: _____

Endereço Funcional: _____

UF: _____ Município: _____

Email: _____ Telefone: _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

SOLICITAÇÃO

Inclusão: ☐ SinanNET Federal (Fluxo Retorno e Atualizações) ☐ Sinan Online

Exclusão do(a) Servidor(a) (Nome): _____

AUTORIZAÇÃO

Nome do(a) Responsável pelo Sistema: _____

Assinatura e Carimbo do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde