

SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO SISTEMA IDS SAÚDE

DADOS DO SOLICITANTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	<p>1 – INCLUSÃO DE ACESSO</p> <p>2 – MODIFICAR ACESSO</p> <p>3 – CANCELAR ACESSO</p>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Data:</i></p> <p> / /</p>
	<p><i>Nome Completo:</i></p>	<p><i>CPF:</i></p>	
	<p><i>E-mail válido para envio de dados de acesso:</i></p>	<p><i>Telefone Particular com Whatsapp*:</i></p> <p>()</p>	
	<p><i>Município:</i></p>		
	<p>Os dados de acesso são pessoais e intransferíveis, sendo o profissional responsável pela utilização das informações e operações realizadas dentro do sistema.</p>		
	<p>Acessos:</p> <p> <input type="checkbox"/> Agendamento de Consultas <input type="checkbox"/> Cadastro de Usuários <input type="checkbox"/> Agendamento de Exames <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Autorização de Exames <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Agendamento de Transportes <input type="checkbox"/> Outro: _____ </p>		
	<p>_____ <i>Gestor Municipal de Saúde</i> <i>Carimbo e Assinatura</i></p>	<p>_____ <i>Funcionário</i> <i>Assinatura</i></p>	
OBSERVAÇÕES			

*Para participação em grupos relacionado a assuntos das equipes TFD.