



Secretaria Municipal de Saúde Pública - Campo Grande/MS
Superintendência de Relações Institucionais em Saúde
Gerência de Regulação Hospitalar

SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE OPERADOR:
SOLICITANTE INTERNAÇÃO (X)
EXECUTANTE INTERNAÇÃO (X)

ATENÇÃO: é necessário sinalizar qual perfil de acesso ao sistema está sendo solicitado. Se for os dois, sinalizar ambos.

Unidade de Saúde: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN

Dados Pessoais:

Nome Completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefones:

Serviço: 3345-300 Residência: 3345-3000 Celular: _____

Email: _____

Setor que Trabalha: _____

Venho através deste, solicitar o meu cadastramento no sistema SISREG - Hospitalar como **SOLICITANTE INTERNAÇÃO (X) / EXECUTANTE INTERNAÇÃO (X)**, conforme as informações acima. Estou ciente que o uso indevido do meu acesso ao sistema poderá ser motivo de processos administrativos, disciplinares e/ou éticos. Comprometo-me ainda, a informar à Gerência de Regulação Hospitalar qualquer alteração dos dados acima e/ou pedir a minha exclusão quando solicitado, de acordo com as normas técnicas operacionais do sistema.

ATENÇÃO: é necessário sinalizar qual perfil de acesso ao sistema está sendo solicitado. Se for os dois, sinalizar ambos.

Campo Grande – MS, ____/____/____.

Assinatura conforme RG

Solicitado por:

Nome completo do Gerente da Unidade de Saúde e/ou Chefia Imediata

Assinatura e Carimbo da(o) Gerente da Unidade e/ou Chefia Imediata

Cadastrado em: ____/____/____

Operador(es) criado(s) no SISREG - Hospitalar

SOLICITANTE INTERNAÇÃO:

EXECUTANTE INTERNAÇÃO:

Gerente de Regulação Hospitalar