

Sivep-DDA

Ficha de cadastro

Solicitação de cadastro/exclusão para acesso ao sistema de informação de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas (Sivep-DDA)

Tipo: Inclusão Alteração Exclusão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO A SER CADASTRADO

Nome: CPF:

Cargo/Função: Tipo de vínculo:

UF:

Telefone: E-mail:

CARACTERIZAÇÃO DO CADASTRO

Responsável por realizar a monitorização da VE-DDA no Sivep-DDA? Sim Não

Responsável pela gestão dos **cadastrados** de usuários do Sivep-DDA no CSPU na SES? Sim Não

Acesso APENAS a relatórios? Sim Não

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do usuário a ser cadastrado

CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE ACESSO

Nível de acesso por grupo (*marcar apenas uma opção*)

RELATÓRIO

REGIONAL DE SAÚDE (já contempla acesso a relatórios) Nome da regional: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (já contempla acesso a relatórios) Nome do município: _____

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (já contempla acesso a relatórios)

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO (DESVINCULAÇÃO DO SIVEP-DDA)

Nome: _____

Login: _____

Motivo da exclusão: _____

AUTORIZAÇÃO

Nome da Chefia Imediata: _____

Cargo/Função: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da Chefia Imediata