

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:	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> 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 **cadastros** 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