



SISMEDEX

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE OPERADOR

UNIDADE SOLICITANTE:	MUNICÍPIO:
NOME DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE CADASTRO: <input type="text"/>	

INFORMAÇÕES DO OPERADOR:

Nome da Unidade (UNIAFARS, UNIAFAM, UNICEAF, SR, SES e outros):		
NOVO	ATIVAR	DESATIVAR
Nome do Operador:		
CPF:		CNS:
E-mail:		
Funções (Será Analisado pela DIAF):		
Atendimento/cadastro	Consulta	Gestor da unidade
Dispensação	Gestor estoque	Autorizador
Perfil do Operador:		
Técnico	Estagiário	Administrativo
Farmacêutico - CRF/SC:		
Outros profissionais de nível superior:		
Fez capacitação/treinamento (acesso liberado somente após capacitação/treinamento):		
Sim	Não	
Quem capacitou/treinou?		

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

GEEAF Set/2024