



PALIVIZUMABE

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE OPERADOR DAS UDAF PARA ACESSO AO SISMEDEX

UDAF SOLICITANTE:	MUNICÍPIO:
NOME DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE CADASTRO:	

INFORMAÇÕES DO OPERADOR QUE ATUARÁ NO PROGRAMA PALIVIZUMABE:

NOVO	ATIVAR	DESATIVAR
Nome do Operador		
CPF:	CNS:	
E-mail:		
Funções (Preenchido pela DIAF):		
Atendimento/cadastro	Consulta	Gestor da unidade
Dispensação	Gestor estoque	Autorizador
Perfil do usuário:		
Técnico	Estagiário	Administrativo
Farmacêutico - CRF/SC:		
Outros profissionais de nível superior		

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

CNS: Cartão Nacional de Saúde.

GEAAF Set 2024