

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS
REQUERIMENTO DE ACESSO AO PORTAL SISTEMA SIGAS

Prestador/Credenciado:			
CNPJ/CPF:		Cidade:	
E-Mail:		Telefone:	
TIPO DE ATENDIMENTO			
Odontologia	Farmácia	Ótica	Médica/Serviço de Apoio
RELAÇÃO DE USUÁRIOS PARA CRIAÇÃO DE LOGINS DE ACESSO AO SIGAS			
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não
Nome Completo:			
CPF:	Atendimento Sim Não	Faturamento Sim Não	Perito Sim Não

A senha é de inteira responsabilidade do operador e seu uso indevido pode ensejar em responsabilização.

<p>Solicitado por: _____ Dia: ____/____/____</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura do responsável pelo Prestador /Credenciado e Carimbo</p>
--

Obs.: login de atendimento é para (Farmácia, Ótica, Odontologia e/ou Médica/Serviço de Apoio).

Login Criado por: _____ Dia: ____/____/____