

PREFEITURA MUNICIPAL DE _____

CNPJ: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaração de vinculação ao SUS e autorização da Chefia/Gestor

Declaro que _____, CPF:

_____, RG: _____,

exerce a função de _____ no Município de _____, Estado _____, e atende aos requisitos do Programa Saúde com Agente, instituído pela Portaria PORTARIA GM/MS Nº 2.304, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2023. O servidor está autorizado a realizar as atividades previstas no Curso.

Dados do Órgão de Lotação do Agente de Saúde

Nome do Estabelecimento de Saúde: Secretaria Municipal de Saúde

Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES):

Dados da Chefia/Gestor

Nome Completo da chefia imediata: _____

Cargo: _____

Número do registro de Conselho de Classe (se houver):

_____, _____ de _____ de 2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE