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 o , Estado, e atende aos requisitos do Programa s com Agente, instituído pela Portaria PORTARIA GM/MS Nº 2.304, DE 13 DEZEMBRO DE 2023. O servidor está autorizado a realizar as atividade previstas no Curso.	Saúde 2 DE
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