

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância e Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ARV

| Vinculação | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estadual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Regional | _____ |
| <input type="checkbox"/> Municipal | _____ |
| Tipo de Unidade: | |
| <input type="checkbox"/> Almoarifado | <input type="checkbox"/> Unidade Dispensadora de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Referência para Exposição | <input type="checkbox"/> Maternidade |
| Nome Completo da Instituição | |
| | |
| | |
| | |
| Endereço | |
| | |
| | |
| | |
| Bairro | |
| | |
| | |
| | |
| Cidade / UF | Cep |
| | |
| | |
| | |
| Telefone 1 | Telefone 2 |
| | |
| | |
| | |
| Fax | |
| | |
| | |
| | |
| E-mail | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| CNPJ | |
| | |
| | |
| | |
| Nome Completo do Autorizado (para o 1º login) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| CPF | |
| | |
| | |
| | |
| Login | |
| | |