

**ANEXO A - MODELO PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO / CANCELAMENTO DO
ACESSO DE UTILIZADOR NO e-SISTAFE AUTARQUICO**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS

FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO, ALTERAÇÃO OU CANCELAMENTO DO ACESSO DO UTILIZADOR AO e-SISTAFE AUTARQUICO

Solicito o registo de ☐ X ☐ CREDENCIAMENTO ☐ ALTERAÇÃO ☐ CANCELAMENTO do acesso do Utilizador no **e-SISTAFE** Autárquico, de acordo com as seguintes descrições:

INFORMAÇÕES DO UTILIZADOR E DA UNIDADE SOLICITANTE

Nome do utilizador: _CELESTE MAZIVILA_

NUIT: |_1_|_0_|_1_|_2_|_5_|_0_|_6_|_0_|_1_|

Celular: |_8_|_5_|_3_|_9_|_2_|_3_|_0_|_0_|_2_|_1_|

Nome da Unidade solicitante: _____ MUNICÍPIO DA CIDADE DE
MAPUTO _____

Telefone: |_2_|_1_|_3_|_0_|_7_|_8_|_9_|_0_|_1_|

Fax: |_2_|_1_|_3_|_0_|_7_|_8_|_9_|_2_|_1_|

INFORMAÇÕES DE ACESSO AO SISTEMA

Código da Unidade em que o Utilizador está registado: |_9_|_0_|_1_|_0_|_0_|_0_|_4_|_1_|

Código da Unidade em que deve ser credenciado, alterado ou cancelado o acesso do Utilizador: |_9_|_0_|_1_|_0_|_0_|_0_|_4_|_1_|

Descrição da Unidade em que deve ser credenciado, alterado ou cancelado o acesso do Utilizador: _____ MUNICÍPIO DA CIDADE DE MAPUTO _____

Código (s) de outras Unidades de acesso permitido **(preenchimento exclusivo e obrigatório apenas para credenciamentos nos níveis de acesso 3 e 4)**:

_____ 90L00051/52/59 _____

PERFIL DE OPERAÇÃO DO UTILIZADOR

NÍVEL ACESSO

<input type="checkbox"/> 07 Agente do Orçamento <input type="checkbox"/> 08 Agente Financeiro <input type="checkbox"/> 18 Ag. Programação Financeira <input type="checkbox"/> 20 Agente Financeiro Receita <input type="checkbox"/> 10 Contabilista <input type="checkbox"/> 51 Contabilista UI SCP Provincial	<input type="checkbox"/> 27 eCAF Ag.Recenseador (AR) <input type="checkbox"/> 29 eCAF AR Sectorial <input type="checkbox"/> 28 eCAF AR Distrital <input type="checkbox"/> 23 eCAF ACI Central <input type="checkbox"/> 26 eCAF ACI Sectorial <input type="checkbox"/> 24 eCAF ACI do TA <input type="checkbox"/> 25 eCAF Agente do TA <input type="checkbox"/> 30 eCAF Ag.Folha Salário (FS) <input type="checkbox"/> 22 eCAF Administrador <input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40 eCAF Ag.MapaEfectividade (ME) <input type="checkbox"/> 43 eCAF Agente DAF <input type="checkbox"/> 45 eCAF Supervisor Sect. FS <input type="checkbox"/> 47 eCAF Supervisor Prov. FS <input type="checkbox"/> 42 eCAF Supervisor Prov. Alterações <input type="checkbox"/> 48 eCAF Administrador FS <input type="checkbox"/> 110 Administrador de Usuários <input type="checkbox"/> 111 Perfil de Consulta <input type="checkbox"/> 112 Técnico Orçamental <input type="checkbox"/> 113 Admin Orçamental <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 114 UGB Admin <input type="checkbox"/> 115 UGB Técnico	<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Nível 1 <input type="checkbox"/> Nível 2 <input type="checkbox"/> Nível 3 <input type="checkbox"/> Nível 4 <input type="checkbox"/> Nível 5
<input type="checkbox"/> 03 Agente Execução Orçamental <input type="checkbox"/> 04 Agente Execução Financeira <input type="checkbox"/> 06 Agente Controle Interno (ACI) <input type="checkbox"/> 09 Agente do Património <input type="checkbox"/> 21 Agente de Consulta <input type="checkbox"/> 12 Administrador de Segurança			APLICAÇÃO
<input type="checkbox"/> 39 Ordenador de Despesa			<input type="checkbox"/> 01 MEX-A <input type="checkbox"/> 03 Account. Engine-A <input type="checkbox"/> 04 S.Framework-A <input type="checkbox"/> 06 eCAF <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 07 MEO-A

INFORMAÇÕES DA AUTORIDADE SOLICITANTE

Nome da Autoridade solicitante: _____ANGELO MUJUI_____

Cargo da Autoridade solicitante: _____CHEFE DO DAF_____

Justificativa da solicitação: _____XXXXXXXXXX_____

Assinatura: _____DATA: ____/____/____

(Verso da Solicitação de CREDENCIAMENTO/ALTERAÇÃO/CANCELAMENTO do Acesso do Utilizador ao e-SISTAFE)

DESPACHO DO ADMINISTRADOR DE USUARIOS/SEGURANÇA

Data da Recepção da Solicitação: ____01____/____11____/____2019____

Horário da Recepção: ____10____: ____20____

Data do Despacho da Solicitação: ____30____/____10____/____2019____

Horário do Despacho: ____: ____

☒ Confirmo o CREDENCIAMENTO, tendo sido atribuída ao Utilizador do e-SISTAFE Autárquico, a seguinte *Senha Provisória*:

☐ O Utilizador NÃO pôde ser CREDENCIADO no e-SISTAFE Autárquico pelo seguinte motivo:

☐ Confirmo a ALTERAÇÃO do acesso do Utilizador ao e-SISTAFE Autárquico.

☐ Confirmo o CANCELAMENTO do acesso do Utilizador ao e-SISTAFE Autárquico.

Nome do Administrador de Usuário/Segurança:

Assinatura do Administrador de Usuário/Segurança: _____

DESPACHO DO UTILIZADOR SOLICITANTE

☐ Confirmo o CREDENCIAMENTO e a Recepção da Senha Provisória para acesso ao e-SISTAFE Autárquico.

☐ Confirmo a ALTERAÇÃO do acesso ao e-SISTAFE Autárquico.

☐ Confirmo o CANCELAMENTO do acesso ao e-SISTAFE Autárquico

☐ Não Confirmo _____ do acesso ao e-SISTAFE Autárquico pelo seguinte motivo:

_____Data: ____/____/____

Assinatura da Autoridade solicitante

OBSERVAÇÕES

As seguintes páginas deverão ser impressas e anexadas a esta Solicitação, nos seguintes casos:

- ✓ **Em caso de CREDENCIAMENTO**, imprimir a página que contém a *Confirmação da Senha Provisória* para acesso ao e-SISTAFE Autárquico e a página que contém a *Confirmação do CREDENCIAMENTO com Sucesso* do acesso do Utilizador ao e-SISTAFE Autárquico;
- ✓ **Em caso de ALTERAÇÃO**, imprimir a página que contém a *Confirmação da ALTERAÇÃO com Sucesso* do acesso do Utilizador ao e-SISTAFE Autárquico; ou
- ✓ **Em caso de CANCELAMENTO**, imprimir a página que contém a *Confirmação do CANCELAMENTO com Sucesso* do acesso do Utilizador ao e-SISTAFE Autárquico

