

Formulário para solicitação de acesso ao sistema PMASweb

(www.pmas.sp.gov.br)

Perfil: CONSULTA

NOME:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

UF:

CPF:

ENDEREÇO

LOGRADOURO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

TELEFONE:

E-MAIL:

INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO:

SETOR:

CARGO/FUNÇÃO:

Solicito meu acesso ao sistema PMASweb ciente de que a senha que me será fornecida é de uso pessoal, intransferível e de conhecimento exclusivo, sendo vedado seu fornecimento a terceiros, independente do motivo.

Local e Data: _____, em ____ / ____ / ____

Assinatura do solicitante

Após preenchimento e assinatura, este formulário deve ser enviado ao Grupo Estadual de Gestão do SUAS, da Coordenadoria de Ação Social da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo:
- em meio eletrônico (imagem) para o endereço eletrônico: pmas@sp.gov.br

USO EXCLUSIVO DO GRUPO ESTADUAL DE GESTÃO DO SUAS

Acesso ativado em: ____ / ____ / ____ Visto/GSUAS:

Acesso inativado em: ____ / ____ / ____

Motivo:

Visto/GSUAS: