**ANEXO A**

**MODELO DE AUTORIZAÇÃO DE REPRESENTAÇÃO NO SIS-COAPES**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Secretário(a) de Saúde de \_\_\_\_\_**MUNICÍPIO/ESTADO**\_\_\_\_, nomeado(a) pela portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a utilização e representação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOME**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Processos de Contratualização da Ação Pública Ensino-Saúde, denominado SISCOAPES.

**Cidade**, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Nome e Assinatura)**