



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TELÊMACO BORBA - PARANÁ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE / VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FICHA CADASTRAL NA VISA MUNICIPAL

Nome: _____

Profissão ou instituição: _____

Nome do Diretor Clínico: _____

Especialidade: _____

Endereço: _____ n°: _____

Bairro _____ Cidade: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Inscrição no Conselho Regional de: _____ N°: _____ UF: _____

Observação (Colocar endereço do Consultório, clínica ou instituição onde o médico trabalha):

ANEXAR: Carteira do Conselho de Classe; Comprovante de endereço residencial ou do consultório;

Assinatura e Carimbo do Profissional

CARTÃO DE AUTÓGRAFO (Portaria nº6/99 art.69§1º)
Médicos, Odontólogos, Médicos Veterinários

DATA	ASSINATURA 1	ASSINATURA 2	ASSINATURA 3

