



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

FICHA CADASTRAL PARA PROFISSIONAIS PRESCRITORES

Instituição:	
Nome do Profissional:	
Especialidade:	
Nome do Diretor Clínico:	
CNPJ:	Inscrição Municipal (IM):
Endereço:	
Bairro:	
Cidade:	
Nº de Identificação/Conselho:	
Telefone para contato:	

A retirada dos blocos deve ser feita pelo profissional médico solicitante conforme esta ficha cadastral e/ou nomeação de uma pessoa por ele autorizada. Em caso de nomeação de pessoa autorizada:

Nome:	
RG:	CPF:
Assinatura:	



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

Observação: Apresentar cópia dos documentos de Carteira de Habilitação Profissional, RG e CPF. Colocar o endereço de São José dos Pinhais do consultório, clínica ou instituição onde o médico trabalha.

Assinatura do médico ou diretor clínico em três (3) vias:

MÉDICO OU DIRETOR CLÍNICO	CARIMBO
Assinatura:	
Assinatura:	
Assinatura:	