

ANEXO VI

Ficha Cadastral preenchida e assinada pelo solicitante

FICHA CADASTRAL

1. INSTITUIÇÃO:

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ Nº. _____ CIDADE: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO _____

ESPECIALIDADE: _____

INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE CR _____ Nº. _____ UF: PB.

2. PROFISSIONAL:

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

ESPECIALIDADE: _____

ENDEREÇO DE TRABALHO _____

Nº. _____ BAIRRO _____ CIDADE _____

INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE - CR _____ Nº. _____ /PB.

TELEFONE(S) PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____

OBSERVAÇÕES:

- Colocar endereço do consultório, clínica ou instituição onde o Médico trabalha.
- O Profissional deverá assinar três vezes (no quadro abaixo) e apor o carimbo.
- Anexar cópia da carteira do Conselho de Classe.
- Certidão/Declaração de Regularidade do Conselho de Classe, atualizada.
- Anexar cópia do comprovante de residência.

COLOCAR CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____ DATA: ____/____/____