



PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE – MG
Secretaria Municipal de Saúde
Rua: Comendador José Garcia, nº 280 – 3º Andar - Centro – Tel: (35)3449-4210
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PORTARIA nº 344 (FICHA CADASTRAL)

NOME: _____
PROFISSIONAL OU INSTITUIÇÃO

NOME DO DIRETOR CLÍNICO: _____

ESPECIALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIAL DE: _____

Nº: _____ **UF:** _____

TELEFONE DE CONTATO: _____

EMAIL: _____

OBSERVAÇÃO (colocar endereço do consultório, clínica ou instituição onde o médico trabalha):

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU RESPONSÁVEL