



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
RUA DR. MARCIAL JÚNIOR, Nº 99 - CENTRO - TEL.: (035) 3698-1789 - CEP: 37.130-000

FICHA CADASTRAL

Nome: _____

Nome do Diretor Clínico: _____

Especialidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Compl.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

Inscrição no Conselho Regional de _____ Nº: _____ UF: _____

Cadastro na Vigilância Sanitária nº _____

Telefone (s) para Contato: _____

Observação (Colocar endereço do consultório, clínica ou instituição onde o profissional trabalha):

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do profissional