



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
ESTADO DE SÃO PAULO**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – S.M.S.  
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA-M.**

Nome: \_\_\_\_\_

**PROFISSIONAL ou INSTITUIÇÃO**

Nome do Diretor Clínico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Inscrição no Conselho Regional: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Cadastro na Vigilância Sanitária Nº: \_\_\_\_\_

Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Observação: (Colocar endereço do Consultório, Clínica ou Instituição onde o Médico trabalha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Médico**

