

ANEXO I



ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CARTEIRA Nº:

EXPEDIDA EM:

NOME:

FILIAÇÃO:

NATURAL DE:

NASCIDO A:

CAT.PROF.:

VALIDADE:

DIRETOR DA DVS-SES

LOTAÇÃO:

MUNICÍPIO:

ATRIBUIÇÕES:

POLEGAR DIREITO

TIPO SANGÜÍNEO:

GRUPO:

FATOR RH:

CPF:

RG:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL