



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA, LICENCIAMENTO E RISCO SANITÁRIO
NÚCLEO DE CONTROLE DE RISCO SANITÁRIO



FICHA CADASTRAL/INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição: _____

CNPJ: _____

Nome do Diretor (a) Clínico (a) ou Diretor (a) Geral:

—

Endereço: _____

—

Contatos: Celular () Fixo (): _____

e-mail:

Assinatura e Carimbo

Porto Velho, ____ de ____ de ____.