



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

**DADOS CADASTRAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: [ ] Brasileira [ ] Estrangeira País de origem: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Servidor Estatutário com Carga horária: [ ] 20h [ ] 24h [ ] 32h [ ] 40h [ ] Outra: \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ - RG: \_\_\_\_\_ Órg. Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data de admissão (início das atividades): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contato: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_  
Escolaridade: [ ] até 1º grau [ ] 2º grau [ ] Superior [ ] Outro: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_ Reg. de Classe: \_\_\_\_\_ Nº Reg.: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_, solicito **exclusão** do meu registro no  
CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, com lotação no (a)  
\_\_\_\_\_.

**ENDEREÇO**

\_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_

**FILIAÇÃO**

Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_

**LOTAÇÃO**

Gerência: \_\_\_\_\_ Núcleo: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Servidor (a)