



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 Hospital
Regional de Santa Maria.

ENDEREÇO

_____, Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____.____.____

FILIAÇÃO

Pai: _____
Mãe: _____

LOTAÇÃO

Gerência: _____ Núcleo: _____ Unidade: _____

Brasília-DF, ____ de _____ de 2019.

Servidor (a)