



Ao
Serviço de Instalações do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

SOLICITAÇÃO DE CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NATURAL DE : _____ EST: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

FILIAÇÃO: _____ e de _____

CPF: _____ PIS/PASEP/NIT _____

R.G _____ UF _____ ORGÃO EMISSOR _____ EXPEDIÇÃO ___/___/___

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

OCUPAÇÃO: _____

CONSELHO DE CLASSE _____ Nº REGISTRO: _____ DATA: ___/___/___

VÍNCULO	PERÍODO	VÍNCULO	PERÍODO
() ADIDO	___/___/___ a ___/___/___	() RESIDENTE	___/___/___ a ___/___/___
() PÓS-GRADUANDO	___/___/___ a ___/___/___	() ESTAGIARIO	___/___/___ a ___/___/___
() COLABORADOR	___/___/___ a ___/___/___	() _____	___/___/___ a ___/___/___

DEPARTAMENTO: _____

ESPECIALIDADE: _____

ORIENTADOR : _____

Atendimento a paciente: () SIM () NÃO Carga Horária Semanal: _____ horas.

AMBULATORIAL: _____ horas HOSPITALAR: : _____ horas

Ribeirão Preto, de de .

Assinatura do Responsável Depto

Obs: O preenchimento de todos os campos com letra legível e sem abreviaturas é OBRIGATÓRIO e deverá ser encaminhado ao Centro de Recursos Humanos para cadastramento no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do Ministério da Saúde

PARA USO DA PORTARIA

Matrícula : _____ () Emissão () Renovação MODELO : _____

Declaro a veracidade das informações acima prestadas e ter recebido o Crachá de Identificação em ___/___/___ que será usado em conformidade com as Normas de Acesso do HCRP, que são do meu conhecimento a partir deste momento.

Assinatura do Profissional