

## (FORMATO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO)



CASA DA SAÚDE DO BRASIL

**MINISTÉRIO DA SAÚDE****CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO**

Lei nº \_\_\_\_\_ / 2013



NOME DO MÉDICO EM DUAS 0000

LINHAS 123456789012345678901

número de registro/UF

123456789012345678901 - UF

local de atuação

123456789012345678901234567890

123456789012345678901234567890

data de validade

00/00/2013

**assinatura do portador**

filiação

1234567890123456789012345678901234567890123456789012  
3456789012345678901234567890123456789012345678901234

data de nascimento

00/00/0000

nacionalidade

12345678901234567890123456

local e data de expedição

1234567890123456789012345678901234567890123456789012

CPF

123.456.789-00

RG ou RNE / órgão expeditor

12345678-0000000000000000000000

CNS

1234567890123

EXERCÍCIO PROFISSIONAL RESTRITO AO PROGRAMA  
MAIS MÉDICOS NO LOCAL DE ATUAÇÃO INDICADO