



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - SANTA CATARINA  
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

**NOME**

RAFAEL DA SILVA DOS SANTOS

**CRM/UF**

9850/SC

**FILIAÇÃO**

ALTANIRA DA SILVA DOS SANTOS

VOLNEI DIAS DOS SANTOS

**DATA DE INSCRIÇÃO VIA**

17/05/2022 01



ASSINATURA DO PORTADOR

Assinatura manuscrita do portador da cédula.