



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**FICHA DE CADASTRO DE PRESCRITORES –
PESSOA FÍSICA**

Cadastro nº:
35.26.

Validade:

Dados que devem ser impressos na Notificação de Receita – Portaria SVS/MS nº 344/98 – Art 55

Nome:		CPF:
Especialidade:	Telefone:	Nº Conselho de Classe/UF:
Endereço Completo:		Município:

Endereço Residencial

Endereço Completo:	Telefone:	Município:
--------------------	-----------	------------

Assinaturas utilizadas nas prescrições e no formulário de requisição

Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo
------------------------	------------------------	------------------------

Carimbo do Profissional sem assinatura

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 1.Cópia simples da carteira profissional (CRM, CRMV, CRO).
- 2.Cópia simples do comprovante de endereço. **Somente serão aceitos comprovantes de água, energia ou telefone.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO OFICIAL COM A VISA LIMEIRA POR E-MAIL

AUTORIZO a Vigilância Sanitária de Limeira a enviar documentos disponibilizados por esta unidade organizacional para o e-mail _____ e assumo a responsabilidade pelo seu gerenciamento e uso correto dos documentos e formulários enviados e recebidos por meio dele.

Limeira, ____ de _____ de _____.

Assinatura

PML nº	Recebido em:	Credenciado em:	Identificação da Autoridade Sanitária:
--------	--------------	-----------------	--