

	PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	FICHA DE CADASTRO DE PRESCRITORES – PESSOA JURÍDICA	
		Cadastro nº: 35.26.	Validade:

Dados que devem ser impressos na Notificação de Receita – Portaria SVS/MS nº 344/98 – Art 55	
Razão Social:	CNPJ:
Endereço Completo:	Telefone:

Dados do Diretor Clínico/Responsável Técnico		
Nome:	CPF:	Telefone:
Especialidade:	Nº Conselho de Classe/UF:	

Assinatura do Diretor Clínico/Responsável Técnico		
Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo

Carimbo da Pessoa Jurídica	<u>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</u> 1.Cópia simples da carteira profissional (CRM, CRMV, CRO). 2.Cópia simples do Certificado de Responsabilidade Técnica. 3.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	
<p>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.</p> <p>Limeira, ___ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	

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