



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

FICHA DE CADASTRO DE PRESCRITORES –
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

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 Secretário Municipal de Saúde		
Nome:	CPF:	Telefone:
Especialidade:	Nº Conselho de Classe/UF:	

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde		
Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo	Assinatura sem carimbo

Carimbo do Secretário Municipal de Saúde	<u>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</u> 1.Cópia simples dos documentos de identificação do profissional (RG). 2.Cópia simples da Portaria de Nomeação. 3.Comprovante de endereço da instituição. 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:
--------	--------------	-----------------	--