



## CADASTRO DE INSTITUIÇÃO

DADOS DA INSTITUIÇÃO	
Nome Completo:	
CNPJ:	Nº CNES:
Endereço:	Bairro:
Telefone:	E-mail:
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO	
Nome Completo:	
CPF:	Telefone:
Nº de inscrição do conselho de classe:	
E-mail:	
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	
<p>O responsável pela instituição deverá encaminhar a presente ficha cadastral devidamente preenchida e assinada para o e-mail <a href="mailto:visa.receituario@sms.fortaleza.ce.gov.br">visa.receituario@sms.fortaleza.ce.gov.br</a>, juntamente com os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da carteira profissional do Conselho Regional correspondente do responsável pela instituição;</li><li>• Documento que comprove o vínculo com a instituição ou a autorização para representá-la;</li><li>• Comprovante de endereço da instituição;</li><li>• Relação atualizada dos profissionais autorizados a utilizar os receituários.</li></ul>	

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Diretor Clínico/Responsável pela Instituição**  
A assinatura deverá ser eletrônica realizada por meio de plataforma digital.