



CADASTRO DE PRESCRITOR

| DADOS DO PRESCRITOR | |
|--|------------------|
| Nome Completo: | |
| Conselho Profissional: | Nº de inscrição: |
| Especialidade: | Nº RQE: |
| CPF: | Telefone: |
| E-mail: | |
| Endereço: | |
| ASSINATURA DO PRESCRITOR | |
| (Preencher os campos abaixo com 3 assinaturas e/ou rubricas usuais do prescriptor.) | |
| 1ª _____ | |
| 2ª _____ | |
| 3ª _____ | |
| DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS | |
| <p>O prescriptor deverá encaminhar a presente ficha cadastral devidamente preenchida e assinada para o e-mail visa.receituario@sms.fortaleza.ce.gov.br, juntamente com os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cópia da carteira profissional do respectivo Conselho Regional (CRM, CRO ou CRVM);• Cópia do comprovante de endereço atualizado. <p>Declaro estar ciente da obrigação de manter meus dados cadastrais e documentação atualizados, comunicando à Vigilância Sanitária qualquer alteração das informações acima.</p> | |

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura do Prescriptor

A assinatura deverá ser eletrônica realizada por meio de plataforma digital.