

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS

FICHA DE CADASTRO GERAL DE PRESCRITORES

1. DADOS PESSOAIS DO PRESCRITOR:

Nome (completo): _____

RG nº: _____ Órgão expedidor: _____

CPF nº: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Telefone de contato (prescritor): _____

E-mail (prescritor): _____

2. DADOS PROFISSIONAIS DO PRESCRITOR:

Formação Profissional: _____

Conselho de Classe: () CRM () CRO () CRMV Registro nº: _____

Especialidade: _____ RQE nº: _____

Endereço Profissional: _____

Bairro: _____

Endereço: Avenida Governador José Malcher, 2821, 1º Andar - **Bairro:** São Braz – **CEP:**66.090-100

Fone: (91) 3251-4219 – **e-mail:** prescritores.devisabel@gmail.com

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS

3. ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR:



(assinatura conforme RG)



(assinatura usada nas prescrições e apor o **CARIMBO** ao lado)

4. AUTENTICAÇÃO DAS ASSINATURAS(em cartório ou plataforma de assinatura digital)

ATENÇÃO!

Anexar os documentos abaixo (legíveis e em formato pdf) e enviar para o e-mail prescritores.devisabel@gmail.com

1. Comprovante de endereço residencial (no nome do prescritor, caso não esteja comprovar o vínculo do prescritor com o nome informado no comprovante);
2. Cédula de identidade profissional do conselho de classe (frente e verso);
3. Certidão atualizada de regularidade do conselho de classe do profissional solicitante,
4. Comprovação de especialidade profissional (comprovação do Registro de Qualificação de Especialidade ou certificado de especialidade com reconhecimento no Ministério da Educação.

Endereço: Avenida Governador José Malcher, 2821, 1º Andar - **Bairro:** São Braz – **CEP:**66.090-100
Fone: (91) 3251-4219 – **e-mail:** prescritores.devisabel@gmail.com