

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

FICHA DE CADASTRO GERAL DE PRESCRITORES

1. DADOS PESSOAIS DO PRESCRITOR:

1.1. Nome (completo): _____

1.2. RG n°: _____ 1.3. Órgão expedidor _____

1.5. CPF n°: _____

1.6. Endereço Residencial: _____

1.7. Bairro: _____

1.8. Telefone de contato (prescritor): _____

1.9. E-mail (prescritor): _____

2. DADOS PROFISSIONAIS DO PRESCRITOR:

2.1. Formação:

☐ Médico (a) / CRM n°: _____ Especialidade: _____
RQE N°: _____

☐ Odontólogo (a) / CRO n°: _____

☐ Médico (a) Veterinário (a) / CRMV n°: _____

2.2. Endereço Profissional: _____

2.3. Bairro: _____

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!

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

1. *Comprovante de endereço residencial em nome do requerente (comprovante em nome de terceiros deve ser encaminhado junto à declaração de residência com terceiros – modelo disponível no site);*
2. *Cédula de identidade profissional do conselho de classe (frente e verso);*
3. *Certidão de regularidade do conselho de classe (referente à inscrição e quitação do ano vigente),*
4. *Certidão de Especialidade profissional (para médicos): comprovação do número de Registro de Qualificação de Especialidade no CRM.*

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