

FICHA CADASTRAL PARA TALONÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NOME.....

Profissional ou Instituição

Nome do Diretor Clínico

Especialidade.....

Endereço..... Nº.....

Bairro..... Cidade.....

Inscrição no Conselho Regional de..... Nº..... UF.....

Cadastro na Vigilância Sanitária Nº.....

Telefone para contato.....

E-mail.....

Observação: (Colocar endereço do consultório, clínica ou instituição onde o médico trabalha)

.....

.....

.....

.....

.....

| | | |
|---|---|---|
| ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU DIRETOR CLÍNICO | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU DIRETOR CLÍNICO | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU DIRETOR CLÍNICO |
|---|---|---|

Observação: devem ser feitas 03 (três) assinaturas reconhecidas em cartório