**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Avenida Japurá, 824 - Cachoerinha – CEP 69065-170

Telefone: (92) 98842-8238 | visamanaus.protocolo@gmail.com

**Formulário para Cadastramento dos Prescritores da Portaria 344/98**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CADASTRO Nº** | |
| Informações do médico prescritor: | | |
| Nome: | | |
| Especialidade: | | Nº CRM: |
| E-mail: | | |
| Endereço residencial:  Rua/Av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Endereço comercial:  Rua/Av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Solicito o Cadastro de Prescritor de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Declaro conhecer a Portaria 344/98 e suas atualizações, que aprova o regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.  Local e data:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura do médico | | |
| Autoridade Sanitária competente: | | |
| Nome do responsável pelo cadastramento: | | |
| Nº do registro funcional: | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento | | |