



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



**FICHA CADASTRAL PARA REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA  
(PORTARIA N.º 344, DE 12 DE MAIO DE 1998)**

N.º CADASTRO VIGILÂNCIA SANITÁRIA:		
RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:		
ENDEREÇO (rua/av, número, bairro):		
TELEFONES:	E-MAIL:	CNPJ:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:		TELEFONE: ( )
ESPECIALIDADE:		
RG N.º:	CPF:	
CONSELHO REGIONAL DE:	N.º DE INSCRIÇÃO:	
ENDEREÇO (rua/av, número, bairro):		
TELEFONES:	E-MAIL:	
N.º INSPC=	N.º PASTA VISA=	
OBSERVAÇÕES:		
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:		

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ Carimbo Responsável Técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável Técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável Técnico

Rua Rio Grande do Sul, n.º 759- CEP: 35.500-025

Tele/Fax: (37) 3229.6867/ Projetos:(37) 3229.6876/ Administrativo: (37) 3229.6866/ Fiscalização Saúde (37) 3229.6868 e 6869

[visadivinopolis.fiscalizacao@gmail.com](mailto:visadivinopolis.fiscalizacao@gmail.com)/ [visadivinopolis.projetos@gmail.com](mailto:visadivinopolis.projetos@gmail.com)/ [visadivinopolis.coordenacao@gmail.com](mailto:visadivinopolis.coordenacao@gmail.com)