



**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 INSPEC=

N.º PASTA VISA=

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura/ Carimbo Responsável Técnico

Assinatura Responsável Técnico

Assinatura Responsável Técnico