

**FICHA CADASTRAL / PROFISSIONAL PRESCRITOR**

**1. FINALIDADE DO CADASTRO:** ☐ Cadastro inicial ☐ Atualização cadastral ☐ Solicitação de numeração ☐ Atualização/regularização de dados

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Nome completo:                          |
| Nº de registro em conselho profissional |
| Especialidade:                          |
| Telefone/Celular:                       |
| E-mail:                                 |

**2. ENDEREÇO PROFISSIONAL / LOCAL DE ATENDIMENTO**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| Endereço:     | Número/Complemento: |
| Bairro:       | CEP:                |
| Município/UF: | Telefone do local:  |

**3. MODALIDADE DE RECEITUÁRIO PRETENDIDA**

|                                                             |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Notificação de Receita A – física  | <input type="checkbox"/> Notificação de Receita A – eletrônica  |
| <input type="checkbox"/> Notificação de Receita B – física  | <input type="checkbox"/> Notificação de Receita B – eletrônica  |
| <input type="checkbox"/> Notificação de Receita B2 – física | <input type="checkbox"/> Notificação de Receita B2 – eletrônica |
| <input type="checkbox"/> Retinóides sistêmicos – física     | <input type="checkbox"/> Retinóides sistêmicos – eletrônica     |

**4. DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL**

Declara, para fins de cadastro e solicitação de receituários sujeitos a controle especial, que as informações prestadas são verdadeiras e que comunicará ao Núcleo de Controle de Risco Sanitário qualquer alteração dos dados cadastrais. Declara, ainda, ciência de que a emissão eletrônica dos receituários abrangidos pelo SNCR dependerá de sistema de prescrição integrado ao SNCR e, quando exigida, de assinatura eletrônica qualificada mediante certificado digital ICP-Brasil.

Porto Velho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_