**Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - SEVIG**

**Coordenadoria de Vigilância Sanitária – COVIS**

**Célula de Fiscalização, Inspeção e Tecnologia - CEFIT**

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR CADASTRO

**À Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**

**Coordenadoria de Vigilância Sanitária**

Por este instrumento, eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, autorizo o(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, **a:**

**( ) realizar meu CADASTRO de PRESCRITOR** junto à Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Estado do Ceará.

**( ) realizar o CADASTRO de INSTITUIÇÃO** junto à Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Estado do Ceará.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Assinatura do Prescritor ou Diretor Clínico / Responsável pela Instituição\***

*(\*) A assinatura deverá ser reconhecida em cartório ou assinada eletronicamente na plataforma digital GOV.BR*

*\*Autorização válida por até 30 dias.*