|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO PROFISSIONAL LIBERAL OU RESPONSÁVEL TÉCNICO** | | | |
| Nome: | | | |
| Endereço: | | Nº | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | Fone: |
| CPF: | Conselho: | | Nº de Registro: |
| Email: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (Quando o requisitante for um serviço de saúde)** | | | |
| Razão Social: | | | CNPJ: |
| Endereço: | | Nº | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | Fone: |

|  |
| --- |
| **NOTIFICAÇÕES REQUISITADAS** |
| * Notificações de Receita Tipo “A”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Talão(ões) * Notificações de Receita Tipo “B”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notificações * Notificações de Receita Tipo “B2”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Notificações * Notificações de Receita Especial: R**etinóides** C2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notificações * Notificações de Receita Especial: Talidomida C3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Talão(ões) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO** | | | |
| **Pelo presente, autorizo a pessoa abaixo identificada a receber a requisição de Notificação de Receita fornecida pela vigilância sanitária.** | | | |
| Nome: | | RG: | Data de Emissão: |
| Endereço: | | Nº | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | Fone: |

|  |
| --- |
| **DATA E ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data Assinatura e Carimbo com CR do Profissional |

|  |
| --- |
| **RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO** |
| Recebimento da vigilancia sanitária a requisição de Notificação de Receita Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data Assinatura e Carimbo com CR do Profissional |