|  |
| --- |
| **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 |