



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE PESSOA FÍSICA

NOME COMPLETO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

ESPECIALIDADE DO PRESCRITOR

☐ CRM ☐ CRO ☐ CRMV Nº _____

ENDEREÇO COMPLETO DO LOCAL DE TRABALHO (O MESMO QUE SERÁ IMPRESSO NAS NOTIFICAÇÕES)

BAIRRO

CEP

TELEFONE

LOCAL DE TRABALHO POSSUI ALVARÁ SANITÁRIO?

☐ SIM ☐ NÃO

E-MAIL

DESCRIÇÃO

O REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO VEM POR MEIO DESTA, SOLICITAR A AUTORIZAÇÃO PARA RETIRAR A NUMERAÇÃO PARA CONFECCÃO DE TALONÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA EM GRÁFICA, CONFORME PORTARIA SVS/MS 344/1998, PORTARIA SVS/MS 06/1999 E ATUALIZAÇÕES, QUE DISPÕEM SOBRE A PRESCRIÇÃO E COMÉRCIO DE SUBSTÂNCIAS E MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA REQUERIDA:

☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **A** (COR AMARELA)☐ ELETRÔNICA: _____☐ FÍSICA _____☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **B** (COR AZUL)☐ ELETRÔNICA: _____☐ FÍSICA _____☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **B 2** (ANOREXÍGENOS À COR AZUL)☐ ELETRÔNICA: _____☐ FÍSICA _____☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **C 2** (RETINÓIDES À COR BRANCA)☐ ELETRÔNICA: _____☐ FÍSICA _____☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **C 3** (COR À BRANCA)☐ ELETRÔNICA: _____☐ FÍSICA _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GRÁFICA A SER AUTORIZADA

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

ENDEREÇO COMPLETO

CNPJ

BAIRRO

CIDADE

CEP

TELEFONE

E-MAIL

() _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO PELO PRESENTE INSTRUMENTO:

- QUE OS TALONÁRIOS SERÃO IMPRESSOS PELA GRÁFICA ACIMA IDENTIFICADA E NAS CORES PREVISTAS PELA PORT. SVS/MS 344/1998.
- ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE RESTRIÇÃO AO ACESSO A ESTES TALONÁRIOS.
- COMUNICAR IMEDIATAMENTE À VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CASO DE EXTRAVIO DO(S) TALONÁRIO(S).
- DECLARO AINDA TER APRESENTADO CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO LISTADOS PARA RETIRADA DA NUMERAÇÃO:

A) CÓPIA DA CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO JUNTO AO CONSELHO PROFISSIONAL.

B) CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO À CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL.

C) CÓPIA DO ALVARÁ SANITÁRIO OU DO PROTOCOLO REFERENTE À SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO.

- PARA O PROFISSIONAL QUE PRESTAR SERVIÇO EM UMA INSTITUIÇÃO E NÃO POSSUIR ALVARÁ SANITÁRIO EM SEU NOME, APRESENTAR DECLARAÇÃO ASSINADA PELO RESPONSÁVEL TÉCNICO COMPROVANDO O FATO (**VIDE VERSO**).
- CASO SEJA CADASTRADO O ENDEREÇO RESIDENCIAL COMO LOCAL DE ATENDIMENTO, DEVE SER APRESENTADO O
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.**

JUIZ DE FORA, ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR REQUERENTE

ACESSE NO VERSO:

1 À AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA POR TERCEIROS
2 À DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ENDEREÇO DE INSTITUIÇÕES

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA POR TERCEIROS

Eu, _____,
registrado(a) no conselho regional de _____ sob o número: _____, autorizo o(a)
Sr(a) _____, CPF _____
a retirar junto ao Departamento de Vigilância Sanitária a numeração requerida neste documento.

JUIZ DE FORA, ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR REQUERENTE

O AUTORIZADO DEVERÁ ESTAR DE POSSE DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, _____,
registrado(a) no conselho regional de _____ sob o número: _____,
responsável técnico(a) pelo estabelecimento _____
inscrito no CNPJ sob o número: _____, situado à
(Avenida/Rua/Galeria/Outros) _____,
nº _____, complemento _____, Bairro _____,

DECLARO que o(a) profissional _____,
registrado(a) no conselho regional de _____ sob número _____

REALIZA atendimento neste estabelecimento, estando autorizado(a) a utilizar o endereço do CNPJ acima descrito, como
seu endereço de atendimento.

Juiz de fora, ____ de _____ de 20____

ASSINATURA e CARIMBO do responsável técnico

Esta declaração deve ser preenchida caso o prescritor não possua documentos do local de atendimento em seu nome.