



REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA À PESSOA JURÍDICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO		CNPJ
NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO		E-MAIL DA INSTITUIÇÃO
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO ☐ CRM ☐ CRO ☐ CRMV Nº _____	CPF DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO (HOSPITAL, CLÍNICA)
ENDEREÇO COMPLETO DO LOCAL DE TRABALHO (O MESMO QUE SERÁ IMPRESSO NAS NOTIFICAÇÕES)		
BAIRRO	CEP	TELEFONE
ESTABELECIMENTO POSSUI ALVARÁ SANITÁRIO VIGENTE? (ANEXAR CÓPIA A ESTA REQUISIÇÃO)		INSCRIÇÃO MUNICIPAL À CMC
☐ SIM ☐ NÃO (CASO NEGATIVO, ANEXAR CÓPIA DO PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO)		

DESCRIÇÃO

O REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO VEM POR MEIO DESTA, SOLICITAR A AUTORIZAÇÃO PARA RETIRAR A NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO 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) | QUANTIDADE: _____ FOLHAS |
| ☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B (COR AZUL) | QUANTIDADE: _____ FOLHAS |
| ☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B 2 (ANOREXÍGENOS À COR AZUL) | QUANTIDADE: _____ FOLHAS |
| ☐ NOTIFICAÇÃO DE RECEITA C 2 (RETINÓIDES À COR BRANCA) | QUANTIDADE: _____ FOLHAS |

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 TER APRESENTADO CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO LISTADOS PARA RETIRADA DA NUMERAÇÃO:
 - CÓPIA DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA EMITIDA PELO CONSELHO PROFISSIONAL.
 - CÓPIA DO ALVARÁ SANITÁRIO OU PROTOCOLO REFERENTE À SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO.
 - CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO À CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL.

JUIZ DE FORA, ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA POR TERCEIROS

EU, _____,
REGISTRADO NO CONSELHO REGIONAL DE _____, SOB Nº _____, AUTORIZO**
_____ CPF: _____ A RETIRAR JUNTO AO
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA A NUMERAÇÃO REQUERIDA NESTE DOCUMENTO.
JUIZ DE FORA, ____/____/____
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR REQUERENTE

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