



CADASTRO PARA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

À Vigilância Sanitária Municipal de Campinas

Nome do Requisitante ou da Instituição*: _____

Diretor Clínico (no caso de Instituição*): _____

CPF n°*: _____ ou CNPJ n°* _____

Registro no CR _____ n°* _____ Especialidade*: _____

Endereço Comercial*: _____ N° _____

Complemento _____ Bairro*: _____ CEP*: _____

Telefone*: _____ E-mail*: _____

*campos obrigatórios

Através do presente, venho solicitar autorização para emissão/retirada de:

- Notificação de Receita "A"
- Notificação de Receita "B"
- Notificação de Receita "B2"
- Notificação de Retinóicos

Assine o campo abaixo. A cada requisição da notificação de receita a assinatura será comparada com esta.

Assinatura e carimbo com número de conselho profissional

Se desejar retirar notificação de Receita "A" o prescritor deverá apresentar carimbo no seguinte formato:

- Pessoa Física: tamanho 7x2 cm, contendo as seguintes informações: nome, n° da inscrição no conselho profissional, endereço completo (contendo CEP) e telefone;
- Pessoa Jurídica: tamanho 7x2 cm, contendo as seguintes informações: nome da instituição, n° do CNPJ, endereço completo (contendo CEP) e telefone.

Bata o carimbo no campo abaixo:

Campinas, _____ de _____ de _____.

Nome e carimbo da autoridade sanitária responsável pela conferência