REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

À Vigilância Sanitária Municipal de Campinas

Nome do Requisitante ou da Instituição*: _____

Diretor Clínico (no caso de Instituição*): _____

CPF nº*:_____CNPJ nº*:_____

Registro no CR_____ nº*_____ Especialidade*: _____

Endereço Comercial*: _____Nº_____

Complemento _____ Bairro*: _____ CEP*: _____

Telefone*:_____ E-mail*:_____

*campos obrigatórios

Através do presente, venho solicitar o fornecimento de:

Qtde talões solicitada	Tipo	Qtde talões Autorizada	Numeração
	Talonários para Notificação de Receita "A" (talões com 20 folhas cada)		_____ a _____
	Talonários para Notificação de Receita "B" (talões com 50 folhas cada)		_____ a _____
	Talonários para Notificação de Receita "B2 (talões com 50 folhas cada)		_____ a _____
	Talonários para Notificação de Retinóicos (talões com 50 folhas cada)		_____ a _____

_____
Assinatura Autoridade Sanitária - Data ____/____/____

DECLARO estar ciente que:

1. a numeração autorizada só poderá ser utilizada na impressão de Notificação de Receita em conformidade com o acima especificado;
2. a Notificação de Receita é personalizada e só poderá ser utilizada sob minha responsabilidade;
3. os campos constantes da Notificação de Receita devem ser preenchidos corretamente;
4. em caso de roubo, furto ou extravio de parte ou de todo o Talonário de Notificação de Receita devo informar imediatamente à Autoridade Sanitária local, apresentando o respectivo Boletim de Ocorrência Policial (B.O.); e
5. a inobservância das determinações contidas na legislação vigente e, em especial, na Portaria SVS/MS nº 344/98 e suas atualizações, caracterizará infração sanitária grave, ficando o infrator sujeito às penalidades cabíveis.

Campinas, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura e carimbo com número de conselho profissional

Preencher para Autorização de retirada por um portador:

Pelo presente, autorizo a retirar a notificação de receita ou talonário solicitado:

Nome: _____ R.G: _____ Tel:(___) _____

Campinas, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura e carimbo com número de conselho profissional

Nome e carimbo do servidor que fez a entrega:	Nome e assinatura do responsável pela retirada:
Data: _____/____/____	Data: _____/____/____