

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

**Alvará Sanitário *
ou CMC nº**

Requisitante: _____

Endereço: _____

CRM / CRMV / CRO nº: _____ Especialidade: _____

Pessoa autorizada a retirar a Notificação de Receita: _____

CPF: _____ RG: _____ Emissão: _____

Residente à: _____

A () blocos B () folhas B2 () folhas C2 - Especial / Retinóides () folhas

Assinatura e carimbo
com CR do requisitante _____

Data: ____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Receita	Autorização / Ano	Numeração inicial	Numeração final
A**	/		
B	/	24.	.23.137 a 24. .23.137
B2	/	24.	.23.137 a 24. .23.137
C2	/	24.	.23.137 a 24. .23.137

Assinatura, matrícula e
carimbo da VISA _____

Data: ____ / ____ / ____

* Estabelecimento que desenvolve atividade de telemedicina ou fora do endereço deve informar o Código Municipal de Contribuinte (CMC);

** Receituário A não deve ser encaminhado para a gráfica. A Vigilância Sanitária já fornece os blocos impressos;

*** 2 VIAS: 1ª para o arquivo da Vigilância Sanitária, 2ª para a gráfica.