



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE SAÚDE**

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA INSTITUIÇÕES, POR MEIO DE TERCEIROS

Eu, _____, profissional
_____, inscrito em meu Conselho de Classe sob o nº _____, responsável
técnico pelo(a) **Instituição/Estabelecimento**
_____, CNPJ nº
_____, venho respeitosamente por meio desta, autorizar o
Sr(a) _____, CPF nº _____,
a solicitar em nome desta, notificação de receitas:

- 1) _____ talão(ões) de Notificação de Receituário **Tipo A**
- 2) Numeração para a confecção de _____ talão(ões) de Notificação de Receituário **Tipo B1**
- 3) Numeração para a confecção de _____ talão(ões) de Notificação de Receituário **Tipo B2**
- 4) Numeração para a confecção de _____ talão(ões) de Notificação de Receituário **Tipo C2**

Criciúma, _____ de _____ de 20 _____.

Carimbo e assinatura do Médico/Dentista

** Para liberação do pedido solicitado, a assinatura deste documento será comparada àquela registrada no cadastro do profissional em nosso sistema de dados.*

***Para a retirada de Notificações de Receita A (receituário amarelo), trazer **carimbo** de identificação do emitente que contenha: nome do estabelecimento/instituição com o endereço completo, CNPJ e telefone, uma vez que o campo "Emitente" das referidas notificações devem ser carimbadas no momento da retirada.*

****A pessoa autorizada deve apresentar **documento original com foto**.*