



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE SAÚDE**

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS E DENTISTAS,
POR MEIO DE TERCEIROS**

Eu, _____, profissional _____,
inscrito em meu Conselho de Classe sob o nº _____, CPF nº

_____, venho respeitosamente por meio desta, autorizar o Sr(a).

CPF nº _____,

a solicitar em meu nome, 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

**A assinatura deste documento será comparada àquela registrada em nosso sistema de dados.*

***Para a retirada das notificações, trazer **carimbo** de identificação do emitente que contenha: nome e inscrição do profissional no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação (SC), uma vez que as Notificações de Receita A devem ser carimbadas no momento da retirada.*

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