



**Coordenadoria de Vigilância em Saúde**

Rua: Prof. João da Matta e Luz – Centro – Barueri – SP  
CEP: 06401-120 Telefone: 4199-3180 / 4199-3111 / covisa@barueri.sp.gov.br

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Profissional (se pessoa física) ou Instituição (se pessoa jurídica)

Nome do Diretor Clínico (se pessoa jurídica) \_\_\_\_\_

Nome da Empresa (se pessoa física) \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: Barueri. CNPJ: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tel. Com. \_\_\_\_\_ Tel Cel. \_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente de que:

- 1- Esta numeração só poderá ser usada para notificação de receita da Portaria 344/98, RDC11/11 e RDC 58/07.
- 2- O campo do emitente da notificação de receita deve conter os seguintes dizeres:  
Pessoa Física: Nome completo, especialidade, CR n° \_\_\_\_\_ endereço completo e telefone.  
Instituição: Nome completo, endereço completo, CNPJ e telefone.
- 3- Em caso de furto ou extravio de parte ou do todo, devo comunicar imediatamente a esta autoridade sanitária, munido do boletim de ocorrência policial (B.O).
- 4- A inobservância das determinações contidas na legislação vigente e, em especial, na Portaria 344/98, Portaria 06/99, RDC 11/11 e RDC 58/07, caracterizará infração grave, ficando o infrator sujeito às penalidades cabíveis.
- 5- Para retirar: o próprio médico deve comparecer na Coordenadoria de Vigilância em Saúde, ou pessoa autorizada pelo mesmo com PROCURAÇÃO ESPECIFICA, no caso de pessoa física, datada, com firma reconhecida em cartório e documento de identidade em mãos.
- 6 - No caso de RECEITUÁRIO A, trazer o carimbo (tamanho 2x7cm) contendo:  
- Se pessoa física: o nome do profissional, número de inscrição no Conselho de Classe, endereço e telefone.  
- Se pessoa jurídica: nome da instituição, número do CNPJ, endereço e telefone.  
Este será apostado no campo "Identificação do Emitente" em todas as folhas do talonário.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional e Carimbo  
(Pessoa Física)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor Clínico(a) e Carimbo  
(Pessoa Jurídica)



**REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

**Portaria 344/98**

- 1 -  Anexo XI – Notificação de receita “B” (veterinário)
- 2 -  Anexo X - Notificação de receita “B” (Pessoa Física)
- 3 -  Anexo X - Notificação de receita “B” (Pessoa Jurídica)
- 4 -  Anexo IX - Notificação de receita “A” (Pessoa Física)
- 5 -  Anexo IX - Notificação de receita “A” (Pessoa Jurídica)
- 6 -  Anexo XII, XV e XVI – Notificação de receita especial RETINÓIDES SISTÊMICOS.

**RDC 58/07**

- 1 -  Anexo I – Notificação de receita “B2” (Pessoa Física)
- 2 -  Anexo I - Notificação de receita “B2” (Pessoa Jurídica)

**RDC 11/11**

- 1 -  Anexo VI – Notificação de receita TALIDOMIDA

Solicito o fornecimento de:

Seqüência numérica para impressão de \_\_\_\_ talões. (B, B2, RETINÓIDES) (50 flhs cada talão))

\_\_\_\_ talões de notificação de receita. (A (20 flhs cada talão), Talidomida (10 flhs cada talão))

Recebi a numeração de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_; equivalente a \_\_\_\_\_ talões.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Autoridade Sanitária

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Profissional ou  
assinatura e RG do portador

Retirado por:

Data:        /        /

Assinatura:



**Apor o Carimbo utilizado nos talonários de  
notificação de Receita “A”**