

**COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
DIVISÃO TÉCNICA DE FISCALIZAÇÃO DE PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE

**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

**Solicitação como Pessoa Física:**

Nome do Requiritante: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG n° \_\_\_\_\_ CPF n° \_\_\_\_\_

Registro no CR \_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: Barueri – SP. Cep: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

- Apor o carimbo utilizado nos talonários de notificação de receita A e Talidomida.  
ou  
- Apor o carimbo com as informações que serão impressas no campo “emitente” nos talonários de notificação de receita B, B2 e Retinóides.

\* O carimbo deve conter: nome completo do profissional, número de inscrição no Conselho de Classe, endereço completo e telefone residencial (atendimento telemedicina, outros) ou endereço completo e telefone da clínica onde realiza o atendimento.

\* O carimbo para notificação de receita de Talidomida deve conter: nome do profissional e n° CRM.

**Solicitação como Pessoa Jurídica:**

Nome da Instituição / Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: Barueri – SP. Cep: \_\_\_\_\_

CNPJ n° \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nome do Diretor Clínico: \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

- Apor o carimbo utilizado nos talonários de notificação de receita A.  
ou  
- Apor o carimbo com as informações que serão impressas no campo “emitente” nos talonários de notificação de receita B, B2 e Retinóides.

\* O carimbo deve conter: nome completo da Instituição/Razão Social, endereço completo, telefone e CNPJ.



**Solicito o fornecimento de:**

Sequência numérica para impressão de \_\_\_\_\_ talões de \_\_\_\_\_ [( B, B2 ou Retinóides (50 folhas cada talão)].

\_\_\_\_\_ Talões de notificação de receita \_\_\_\_\_ [(A (20 folhas cada talão) ou Talidomida (10 folhas cada talão)].

**\*DEVERÁ SER PREENCHIDO UM FORMULÁRIO PARA CADA TIPO DE RECEITUÁRIO; EM DUAS VIAS. \*FORMULÁRIOS COM RASURAS NÃO SERÃO ACEITOS.**

**\*ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO IMPRESSO EM FOLHA FRENTE E VERSO.**

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 na Notificação da Receita devem ser preenchidos corretamente.

4.Em caso de roubo, furto ou extravio de parte ou de todo talonário de notificação de receita devo informar imediatamente à Autoridade Sanitária local, apresentando o respectivo Boletim de Ocorrência Policial (B.O).

5.A inobservância das determinações contidas na legislação vigente e, em especial, na Portaria344/98, Portaria 06/99, RDC 11/11 e RDC 58/07, caracterizará infração grave, ficando o infrator sujeito às penalidades cabíveis.

6.Na retirada de notificação de receita A e Talidomida trazer carimbo. \*Tamanho do carimbo de receita A: máx 2x7cm.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Profissional

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Numeração recebida:**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ equivalente a \_\_\_\_\_ talões.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Autoridade Sanitária  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Proc: \_\_\_\_\_  
Validade do cadastro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Retirado por: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\* Quando retirada por pessoa autorizada pelo profissional, deve apresentar PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA RETIRADA DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA, datada e vigente, com firma reconhecida em cartório e documento de identidade em mãos.**