



SECRETARIA DE SAÚDE
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__nº _____ 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.

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: