



PREFEITURA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE - MG

Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Comendador José Garcia, nº 280 – 3º Andar – Centro
Pouso Alegre – MG / CEP: 37.550-000 – Fone: (35)3449-4210

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

REQUISITANTE: _____

TELEFONE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

CRM: _____ ESPECIALIDADE: _____

CRO: _____ CRMV: _____

Pelo presente, autorizo o (a) Sr.(a): _____

CPF: _____ RG: _____ ÓRG. EMISSOR: _____

residente à _____

a retirar no Setor de Vigilância Sanitária Municipal o documento contendo a numeração para a confecção de

<input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"	AUTORIZAÇÃO Nº: _____
Quantidade: _____	
NUMERAÇÃO: _____ a _____	
<input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B2"	AUTORIZAÇÃO Nº: _____
Quantidade: _____	
NUMERAÇÃO: _____ a _____	
<input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE "RETINÓIDES" C2	AUTORIZAÇÃO Nº: _____
Quantidade: _____	
NUMERAÇÃO: _____ a _____	

Pouso Alegre – MG, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e Carimbo com CR

Assinatura e Carimbo da VISA