



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nome/Razão Social: _____

CRM/CRMV/CRO/CNPJ: _____ Especialidade: _____

Endereço Completo: _____

Autorizado pela VISA para: () Receita "A" nº _____ / _____

() Receita "B" nº _____ / _____

() Receita "B2" nº _____ / _____

() Receita "Retinóicos" nº _____ / _____

(a ser preenchido pela VISA)

() NR "A" : _____ talão(ões) nº _____ a _____ Quantidade _____

() NR "B" : numeração nº 17- _____ a 17- _____ . Quantidade _____

() NR "B2: numeração nº 17- _____ a 17- _____ . Quantidade _____

() Retinóides: numeração nº 17- _____ a 17- _____ . Quantidade _____

Londrina, _____ de _____ de _____ .

Retirado por: _____

Assinatura e RG do portador _____

A cada solicitação o portador deverá apresentar autorização escrita "em papel timbrado com endereço completo e telefone" do profissional prescritor ou instituição, onde devem constar os seguintes dados: nome completo do portador; número do RG e CPF deste portador; tipo de notificação; quantidade requerida e data; carimbo com número do respectivo conselho de classe e assinatura do profissional ou responsável técnico pela instituição solicitante. Estar munido de documento de identificação pessoal (RG e CPF); portar o carimbo do profissional prescritor ou carimbo da instituição – quando for para retirada de blocos de NRA.

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

AUTORIZADO

Assinatura e carimbo da VISA

1ª Via (Vigilância Sanitária) - 2ª Via (Requisitante/Gráfica)