



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RUA DR. MARCIAL JÚNIOR, Nº 99 – CENTRO TEL.: (35) 3698-1789 - CEP: 37.130-000

REQUERIMENTO PARA REQUISIÇÃO DE NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

NOME DO REQUISITANTE: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO (CONSULTÓRIO OU INSTITUIÇÃO): _____

Nº. _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: ALFENAS-MG CEP: 37130-000

C. R. M. / C. R. M. V. / C. R. O.: _____

ESPECIALIDADE: _____

DEM VEM REQUERER NUMERAÇÃO PARA CONFECCIONAR:

- () NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B
() NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2
() NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL: RETINÓIDES

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM) OU CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA (CRO) OU CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA (CRMV) DO PROFISSIONAL (NO CASO DE INSTITUIÇÃO, APRESENTAR CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE A QUE PERTENCE O DIRETOR CLÍNICO);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO RESIDENCIAL OU DO CONSULTÓRIO OU DA INSTITUIÇÃO, PODENDO SER UMA CONTA DE LUZ OU TELEFONE;
- CÓPIA DO ALVARÁ SANITÁRIO ATUALIZADO.

ALFENAS, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO REQUISITANTE

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PREVENINDO, ELIMINANDO OU DIMINUINDO OS AGRAVOS À SAÚDE DE NOSSA POPULAÇÃO.