

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS

AUTORIZAÇÃO (PESSOA FÍSICA)

EU, _____
_____, RG _____,
CPF _____, Conselho de Classe/PA nº _____,
Endereço _____
_____, Bairro _____
_____, município _____, CEP _____.
CEL/TEL: _____, **AUTORIZO** _____
_____, RG _____
CPF _____, Endereço _____
_____,
Bairro _____, município _____, CEP _____
_____, CEL/TEL _____ a adquirir a
Numeração para Notificação de Receita Tipo _____, junto à DIVISÃO
DE DROGAS E MEDICAMENTOS, do DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DO MUNICÍPIO DE BELÉM/PMB-PA.

Belém/PA, _____ de _____ de 20 _____

*Assinatura e carimbo do prescritor*_____
Assinatura do procurador

OBS:

1. Não precisa reconhecer em cartório.
2. Especificar o Tipo de receita se A, B, B2 ou Retinóide.
3. Autorização válida por 72 horas a contar da data de emissão.

Endereço: Avenida Governador José Malcher, 2821, 1º Andar - Bairro: São Braz – CEP:66.090-100

Fone: (91) 3251-4219 – e-mail: prescritores.devisabel@gmail.com