

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS**AUTORIZAÇÃO (PESSOA JURÍDICA)**

EU, _____

_____, RG _____, CPF _____,

Conselho de Classe 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, para a instituição abaixo identificada:

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

Belém/PA, _____ de _____ de 20_____

Assinatura e carimbo do prescritor_____
Assinatura do procurador**OBS****Não precisa reconhecer em cartório.**

Especificar o Tipo de receita se A, B, B2 ou Retinóide.

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