AUTORIZAÇÃO DO PRESCRITOR PARA RETIRADA POR PROCURADOR (PESSOA FÍSICA)

Eu,_____,
RG_____, CPF_____, Conselho de Classe nº_____,
residente à_____,
bairro_____, CEP_____, **autorizo** o procurador (a)
_____,
RG_____, CPF_____ residente à
_____,
a realizar, em meu nome, a retirada junto à Divisão de Vigilância Sanitária de Drogas e Medicamentos do Município de Belém – DVSDM, do Departamento de Vigilância Sanitária, da **autorização** e da **numeração** necessárias para a confecção dos tipos de Notificação de Receita assinaladas: ☐ **NRA – amarela** ☐ **NRB – azul** ☐ **NRB2 – azul** ☐ **NRR – branca**.

Belém/PA _____ de _____ de _____

_____

Assinatura e carimbo do prescritor

_____

Assinatura do procurador

OBS:
1. Não precisa reconhecer em cartório.
2. Autorização válida por 07 (sete) dias a contar da data de emissão.