



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMUARAMA

COVISA – COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SVA – Setor de Vigilância Ambiental

SVE – Setor de Vigilância Epidemiológica

SVS – Setor de Vigilância Sanitária

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA (Portaria 344/1998)

Nome do Requisitante (Quando Pessoa Física):

Nome da Empresa (Quando Pessoa Jurídica):

CNPJ: _____ RG: _____ CPF: _____

CR__ (Conselho de Classe): Nº _____ Especialidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____ Autorizo o Sr (a): _____

CPF: _____ a retirar as notificações solicitadas abaixo:

Obs: Trazer o documento com foto da pessoa autorizada para a retirada

NOTIFICAÇÃO	UNIDADES SOLICITADAS*	UNIDADES AUTORIZADAS	DATA DA RETIRADA	NUMERAÇÃO INICIAL	NUMERAÇÃO FINAL	ASSINATURA
B						
B2						
Retinóides						

* Deve-se preencher somente o campo: Unidades Solicitadas da tabela.

* Receituário A (amarelo) deve ser retirado na 12ª Regional Saúde.

Umuarama, _____ de _____ de 20 _____

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO / VISA

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR /PROFISSIONAL

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rua Ministro Oliveira Salazar, 4150 – Zona I – Umuarama – Paraná

Fone: 3639-1940 /3639-1941