



Fundação Municipal de
Saúde de Rio Claro -
Vigilância Sanitária

Formulário de Requisição de NR –
Pessoa física

Cadastro
nº: _____

Validade: _____

Requerimento de Notificação de Receita – Pessoa Física

Identificação do Requerente

Nome completo: _____

CPF: _____

Especialidade: _____

Nº Registo no órgão de classe/UF: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Endereço Completo: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE TALONÁRIO/NUMERAÇÃO COM A VISA RIO CLARO

AUTORIZO _____, portador(a) do CPF _____
Residente à _____, telefone _____, a
retirar o talonário/numeração concedida.

Rio Claro, ____ de ____ de ____.

Assinatura

Requisito:

_____ talões de notificação de **Receita A** (quantidade máxima 05 talões)

_____ talões de notificação de **Receita B**

_____ talões de notificação de **Receita B2**

_____ talões de notificação de **Receituário Especial para Retinóide**

_____ talões de notificação de **Talidomida**

Rio Claro, ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Requerente

Concedo:

Notificação de Receita A: _____ talões – Numeração de _____

Notificação de Receita B: _____ talões – Numeração de _____

Notificação de Receita B2: _____ talões – Numeração de _____

Notificação de Receita Retinóide: _____ talões – Numeração de _____

Notificação de Receita Talidomida: _____ talões – Numeração de _____

Rio Claro, ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo da Autoridade Sanitária

ATENÇÃO:

- Para a retirada de talonários de Notificação de Receita A e Talidomida é obrigatório a apresentação do Carimbo nos moldes especificados.

- **Dimensão obrigatória do carimbo de Notificação de Receita A: 6,0 cm x 2,0 cm.**

- Formulários preenchidos de forma errada serão INDEFERIDOS.

- Dúvidas: farmacia.visarc@gmail.com

Vigilância Sanitária de Rio Claro

Rua 13, nº 2077, Santa Cruz, Rio Claro – SP

(19)3522-1419