



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