**SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (PORTARIA 344/98) - FORMULÁRIO – ANEXO NR I**

Requerente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF e/ ou CNPJ Nº.................................................( Pessoa Física e/ ou Jurídica).

Endereço Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM/: Nº...................... Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação do recebedor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Apresentar RG para recebimento)**

**Obs.: Talidomida somente para *Médicos Prescritores cadastrados na Visa Manaus***.

TALIDOMIDA - QUANTIDADE DE BLOCOS ( )

Assinatura e Carimbo com CR......... Manaus, ...............de..................................de 20.............

**ESPAÇO RESERVADO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **RECEITUÁRIO** | **QUANTIDADE DE BLOCOS** | **SEQUÊNCIA NUMÉRICA** | **NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO** |
| **( ) Talidomida** |  | / |  |

 **Pelo presente DVISA/SEMSA autoriza a Solicitação.**

|  |
| --- |
| 1 ª VIA SOLICITANTE. |
| 2ª VIA VIGILÁNCIA SANITÁRIA |
|  |
|  |
|  |  --------------------------------------------  Vigilância Sanitária **DVISA/SEMSA** |
|  |  |
|  | Manaus...........de.........................de 20..........  |

Nº DOC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENTREGUE EM: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_/\_\_\_\_\_\_ ASS. RESPONSAVEL PROTOCOLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECEBIDO EM: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_