**AUTORIZAÇÃO PARA CONFECÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL FORMULÁRIO – ANEXO NR II**

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

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

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

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

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

Marque com um (X) a opção desejada, assim como a quantidade de blocos.

( ) TIPO A - QUANTIDADE DE BLOCOS ( ) ( ) TIPO B - QUANTIDADE DE BLOCOS ( )

( ) TIPO B2 - QUANTIDADE DE BLOCOS ( ) ( ) RETINÓIDE - QUANTIDADE DE BLOCOS ( )

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

**ESPAÇO RESERVADO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**OBS: A solicitação será avaliada conforme Portaria 344/98 e legislações**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECEITUÁRIO** | **QUANTIDADE DE BLOCOS** | **SEQUÊNCIA NUMÉRICA** | **NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO** |
| **( ) Tipo A** |  | / |  |
| **( ) Tipo B** |  | / |  |
| **( ) Tipo B2** |  | / |  |
| **( ) C2 (Retinóide Sistêmico)** |  | / |  |

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

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