



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

DIRETORIA DA SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DSVS  
ASSESSORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE - AVS  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VISA

Rua Justino Paixão, 141 - B. Mauá - São Caetano do Sul - SP - CEP: 09580-780  
Fone/Fax: 4238-8170 / 4231-3938 - e-mail: [vigilancia@saocaetanodosul.sp.gov.br](mailto:vigilancia@saocaetanodosul.sp.gov.br)



**REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

Nome do Requisitante (Pessoa Jurídica ou Física) \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Técnico \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

CR \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Telefone( ) \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** o Sr (a) \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

A retirar as notificações solicitadas abaixo:

Notificação	Talões* Solicitados Quantidade	Talões Autorizados Quantidade	Data da Retirada	Numeração Inicial	Numeração Final	Série	Assinatura
A							
B							
B 2							
Retinóides							
Talidomida							

\*Da tabela deve-se somente preencher o campo: Talões Solicitado

Carimbo e Assinatura da Vigilância Sanitária

Assinatura e Carimbo com CR do Prescritor