



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nome/Razão Social: _____

CRM/CRMV/CRO/CNPJ: _____ Especialidade: _____

Endereço Completo: _____

- Requisição para Notificação: () Receita "A"
 () Receita "B"
 () Receita "B2" - Anorexígenos
 () Receita "C2" - Retinóicos
 () Receita Talidomida

Londrina, _____ de _____ de _____ .

Caso o profissional solicitante não retire os talonários deve autorizar um portador:

Autorizo a retirada de talonários por: _____
(Nome completo do portador)

CPF e RG do portador _____

Observação: O portador deve estar munido de documento de identificação pessoal (RG e CPF) e portar o carimbo do profissional prescritor ou carimbo da instituição para retirada de talonários de Notificação de Receita A e Talidomida.

Assinatura (segundo assinatura constante da Ficha Cadastral)
e carimbo do Responsável Técnico