

## AUTORIZAÇÃO (PESSOA FÍSICA)

EU, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, Conselho de Classe/PA nº \_\_\_\_\_,  
Endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.  
CEL/TEL: \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, Endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, CEL/TEL \_\_\_\_\_ a  
adquirir a Numeração para Notificação de Receita Tipo \_\_\_\_\_, junto  
à DIVISÃO DE DROGAS E MEDICAMENTOS, do DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM/PMB-PA.

Belém/PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assinatura e carimbo do prescritor*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do procurador*

OBS:

- 1. Não precisa reconhecer em cartório.**
2. Especificar o Tipo de receita se A, B, B2 ou Retinóide.
3. Autorização válida por 72 horas a contar da data de emissão.