

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.**