

## AUTORIZAÇÃO (PESSOA JURÍDICA)

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, para a instituição abaixo identificada:

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

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

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

**OBS**

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