



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA  
Secretaria Municipal de Saúde  
**Serviço de Vigilância Sanitária**  
Rua Alferes Joaquim Antônio, 160, 1º andar – Vila Pinto  
Varginha-MG - Tel: 36902204/2208  
e-mail: [vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br](mailto:vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br)



## REQUISIÇÃO DE NUMERAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA - MEIO ELETRÔNICO

REQUISITANTE (Profissional ou instituição):

Endereço Completo:

CNPJ/CPF:

Especialidade:

Nº / Cons. Classe:

### TIPOS DE NOTIFICAÇÃO/QUANTIDADE REQUERIDOS

Opção de Notificação: **Marcar um (X).**

B ( ) B2 ( ) C2( ) A ( ) TALIDOMIDA ( )

Quantidade requerida de números (especificar)

B ( ) B2 ( ) C2( ) A ( ) TALIDOMIDA ( )

### AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA POR TERCEIROS \*exceto Talidomida

Pelo presente, autorizo a pessoa abaixo qualificada a retirar em meu nome as numerações especificadas.

Nome:

Endereço:

CPF ou RG:

### ASSINATURA/CARIMBO DO REQUERENTE

Assinatura do Profissional / RT da Instituição

Carimbo do Profissional/RT da Instituição

### CAMPOS DE PREENCHIMENTO DA VISA

#### Numeração liberada no SNCR (eletrônica)

B: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

B2: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

C2: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Talidomida: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A numeração foi gerada pelo Sistema Nacional de Controle de Receituários - Anvisa, conforme anexo. As Notificações deverão ser impressas em gráficas pelo profissional ou instituição devidamente cadastrados, conforme modelo disponível no sítio eletrônico da Anvisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Servidor (VISA)

Carimbo (VISA)

*em duas vias*