

**CADASTRO DE PRESCRITOR  
PARA SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B - AZUL  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Requerente:			
Unidade de Saúde:			
Endereço Pessoal:			
Bairro:		Cidade / UF:	
Conselho de Classe:		CPF:	
Telefones:			

Data do cadastro:    /    /

\_\_\_\_\_  
**Requerente**  
Assinatura e Carimbo com Conselho e nº.

**AVISO:** Este cadastro deve ser acompanhado das cópias da cédula de identidade profissional e comprovante de endereço do prescriptor.