



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR RETIRADA DE NUMERAÇÃO

À Secretaria de Saúde do Município de Sobral

Célula de Vigilância Sanitária

Por este instrumento, eu, _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº: _____, inscrito(a) no CPF sob nº: _____, residente e domiciliado(a) na _____, bairro _____, cidade de Sobral/CE, autorizo o(a) _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº: _____, residente e domiciliado(a) na, _____, bairro _____, cidade de Sobral/CE, a:

() realizar a RETIRADA de NUMERAÇÃO para impressão de _____ (quantidade de números) Notificações de Receita A (), B (), B2 (), C2 ().

() realizar a RETIRADA de NUMERAÇÃO para impressão de _____ (quantidade de números) Notificações de Receita Talidomida.

**Obs: Quando marcar "RETIRADA de NUMERAÇÃO", deve obrigatoriamente informar o quantitativo de Notificações de Receita necessário. Deve ser informado o quantitativo de receituários e não a quantidade de talonários.*

_____, de _____ de 20____.

Assinatura do Prescritor ou Diretor Clínico / Responsável pela Instituição*

Observação:

- 1 - A assinatura deverá ser reconhecida em cartório ou assinada eletronicamente na plataforma digital [GOV.BR](http://gov.br)
- 2 - A AUTORIZAÇÃO para RETIRADA de NUMERAÇÃO é de uso único. A cada retirada será necessária uma nova AUTORIZAÇÃO.