



PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Rua Dr. Eufrásio Rodrigues, 05 - Bairro Centro – CEP: 38.700-050
Telefone: (34) 3822.9623 – vigilanciasanitaria@patosdeminas.mg.gov.br - www.patosdeminas.mg.gov.br

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nome do Requisitante: _____

Endereço completo: _____

CRM/CRMV/CRO: _____ Especialidade:

Cadastro na Visa nº. _____ Alvará Sanitário nº. _____ Data de emissão _____

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº. ____ / ____ .

Pelo presente, autorizo o (a) Sr. (a) _____

RG: _____ data da emissão ____ / ____ / ____ ,

Residente a _____

Notificação de Receita B – numeração concedida de _____ à _____ .

Notificação de Receita B2 - numeração concedida de _____ à _____ .

Notificação de Receita Especial Retinóides numeração concedida de _____
à _____

Patos de Minas, _____ de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo com C.R

Assinatura e carimbo VISA