



PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Av. Engº Fábio Roberto Barnabé, 2800 –

Jardim Esplanada II

Fone: (19) 3834-9145 / 3834-9013



REQUISIÇÃO DE RECEITUÁRIOS DE MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | LISTA B1 – SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS |
| <input type="checkbox"/> | LISTA B2 – SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS |
| <input type="checkbox"/> | LISTA C2 – SUBSTÂNCIAS RETINÓICAS |

DADOS DO PRESCRITOR

(PROFISSIONAL DENTISTA, MÉDICO OU VETERINÁRIO)

NOME / RAZÃO SOCIAL *	
NOME FANTASIA	
CPF / CNPJ *	
RESP. TECNICO	
CR_____:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
TELEFONE:	
Nº DE RECEITAS*:	
LICENÇA – CEVS:	
VENC. DA LICENÇA	

**Em caso de Pessoa Jurídica, informar razão social da empresa*

**Em caso de Pessoa Jurídica, Informar o CNPJ da empresa*

** Informar a quantidade total de receitas e não de talões.*

DADOS DA GRÁFICA

RAZÃO SOCIAL:	
NOME FANTASIA:	
CNPJ:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	
TELEFONE:	
PROPRIETÁRIO:	
CPF E RG:	

OBSERVAÇÃO: TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.