



**PREFEITURA  
DE LAGES**

Estado de Santa Catarina



**REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

Nome do requisitante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CRM/CRMV/CRO: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO EMITIDA VISA N.º.** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pelo presente, autorizo o (a) Sr (a): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data da Emissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente na Rua: \_\_\_\_\_ n.º. \_\_\_\_\_

**PARA RETIRAR:** Not. de Receita **“B”** - talonário com numeração de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Not. de Receita **“B2”** - talonário com numeração de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Not. de Receita Especial **“Retinóides”** - talonário com numeração de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Assinatura da Autoridade de Saúde

Assinatura do requisitante com carimbo e n.º. do Conselho Regional

Lages (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_