



LISTA: A () B () B2 () C2 ()

NOME (do profissional) ou RAZÃO SOCIAL (se for <u>Clínica/Instituição</u>):
ENDEREÇO: Consultório (sairá impresso nos talonários B, B2 e C2) () ou Residência (somente para talonário A) ()
CRM (Médico ou da <u>Clínica / Instituição</u> - quando for o caso) () / CRO () / CRMV ()
Especialidade: _____ RQE (Registro de Qualificação de Especialista): _____
Telefone fixo / Celular: _____
E-mail (do médico ou da <u>Clínica / Instituição</u>): _____

DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA CLÍNICA / INSTITUIÇÃO

Assinatura (do Médico ou do Responsável Técnico da Clínica) **e Carimbo** (do Médico ou do Responsável Técnico e da Clínica / Instituição):

Obs: com reconhecimento de (uma) assinatura em cartório quando o profissional / clínica/instituição solicitar que terceiro faça a retirada de talão.

NUMERAÇÃO RECEITUÁRIO CONCEDIDO[illegible]