

INSTRUÇÕES PARA CADASTRO E RETIRADA DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA SUJEITA AO CONTROLE ESPECIAL – PORT.344/98

Diretoria de Vigilância Sanitária do
Tocantins - DVISA

LEGISLAÇÃO:

- **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998.**

[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/SVS/1998/PRT0344_12_05_1998_REP.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/SVS/1998/PRT0344_12_05_1998_REP.HTML)

- **PORTARIA Nº 6, DE 29 DE JANEIRO DE 1999.**

[HTTP://WWW.ANVISA.GOV.BR/SCRIPTSWEB/ANVISALEGIS/VISUALIZADOCUMENTO.ASP?ID=684&VERSAO=2](http://WWW.ANVISA.GOV.BR/SCRIPTSWEB/ANVISALEGIS/VISUALIZADOCUMENTO.ASP?ID=684&VERSAO=2)

- **RESOLUÇÃO Nº 11, DE 22 DE MARÇO DE 2011.**

[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/ANVISA/2011/RES0011_21_03_2011.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/ANVISA/2011/RES0011_21_03_2011.HTML)

- ENDEREÇO DA DVISA:
 - Av. LO-02, QD. 104 Norte, Lt. 30 (3º Andar) – Edifício Lauro Knopp – Anexo I da Secretaria de Saúde) Palmas – TO, CEP: 77.001-036

- <https://goo.gl/maps/Kd23yn5NCoq>



- FIQUE ATENTO AO HORÁRIO DE ATENDIMENTO PARA ENTREGA DE RECEITAS QUE ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE www.vigilancia-to.com.br .
- NÃO PERCA A VIAGEM, ANTES DE VIR À DVISA VERIFIQUE NO SITE SE HÁ AVISOS SOBRE EVENTUAIS ALTERAÇÕES DE HORÁRIO OU PROBLEMAS PARA ATENDIMENTO.

Dúvidas pelo e-mail: receituario.to@gmail.com

CADASTRAMENTO

- Acessar o site <http://www.vigilancia-to.com.br/receituario/> e escolher a ficha cadastral compatível.
 - Ficha cadastral médico, cirurgião dentista e médico veterinário.
 - Ficha cadastral hospital, clínica com regime de internação, CAPS etc.
 - Ficha cadastral vigilância sanitária municipal e Secretaria municipal de saúde.
- Fazer o download da ficha cadastral, preencha eletronicamente e imprima.

O cadastramento pode ser feito de duas formas:

1- Pessoalmente:

O Profissional (médico, dentista ou médico veterinário), Responsável Técnico pela instituição (hospital, clínica e similar), Coordenador de Vigilância Sanitária ou Secretário de Saúde deve comparecer **pessoalmente** à Vigilância Sanitária Estadual munido da Ficha Cadastral preenchida, dos documentos relacionados nesta e do carimbo profissional. Nesta situação não há necessidade de reconhecer firma da assinatura. Não há necessidade de cópia dos documentos, os originais serão escaneados e devolvidos. Se apresentar cópia, os originais devem estar juntos para conferência.

2- Por meio de terceiros:

A **FICHA CADASTRAL** deve ser preenchida corretamente, com reconhecimento de firma em **UMA DAS TRÊS** assinaturas, e entregue na sede da diretoria de Vigilância Sanitária acompanhada de cópia ou originais dos documentos solicitados. Apenas a cópia do documento de identificação deve ser autenticado em cartório: CRM, CRO, CRMV para profissional ou Responsável Técnico; Documento de Identificação de Estrangeiro para estrangeiros sem CRM; RG para Sec. de Saúde ou coordenador de VISA.

ATENÇÃO: FORMULÁRIO E REQUISIÇÃO SEMPRE EM UMA VIA.

Dúvidas pelo e-mail: receituario.to@gmail.com

CADASTRAMENTO

- A equipe da DVISA irá conferir a ficha cadastral e os documentos para o cadastro.
- A cada 3 anos OU quando houver alteração de endereço deve ser feito um recadastramento com o preenchimento de nova ficha cadastral com a documentação solicitada. Em caso de recadastramento não há necessidade de reconhecimento de firma da assinatura. Será conferida com a da ficha cadastral anterior.
- As assinaturas da ficha cadastral serão usadas para conferir a assinatura da requisição. SE A ASSINATURA DA REQUISIÇÃO ESTIVER DIFERENTE DA FICHA CADASTRAL SÓ SERÁ ENTREGUE PARA O TITULAR. NÃO SERÁ ENTREGUE PARA TERCEIROS.

PREENCHIMENTO ELETRÔNICO.

FICHA CADASTRAL PARA SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
DADOS DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		CNPJ:
Município:		
Endereço:		
E-mail:		Telefone: () ()
DADOS DO(A) SECRETÁRIO(A) / COORDENADOR(A) DA VISA		
Nome:		CPF:
ASSINATURAS		
Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar
Atenção: Esta ficha deve ser assinada na sede da VISA-TO no ato do cadastramento ou reconhecer firma em cartório em apenas uma das assinaturas.		
Carimbo do Sec. ou Coord. sem assinar	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS 1- Cópia ou original dos documentos do Sec. ou Coordenador (RG e CPF). Quando não acompanhadas dos originais devem ser autenticadas em cartório ; 2- Cópia do ato de nomeação do Secretário ou Coord. – Não precisa autenticar; 3- Comprovante de endereço da Instituição. Somente serão aceitos água, energia ou telefone – não precisa autenticar.	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO OFICIAL COM A DVISA POR E-MAIL		
AUTORIZO a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Tocantins - DVISA a enviar documentos exarados por esta unidade organizacional para o e-mail e assumo a responsabilidade pelo seu gerenciamento e correto uso dos documentos e formulários enviados e recebidos por meio dele. de dezembro de 2019.		
_____ Assinatura		

Preencher com o endereço onde funciona a VISA ou Secretaria

Não carimbe. Apenas assine.

Não assine. Apenas carimbe.

ATENÇÃO

A declaração não substitui o comprovante de endereço. Deve ser preenchida apenas se o comprovante não estiver em nome da VISA ou Secretaria.

Atenção:

Não serão aceitos documentos rasurados, ilegíveis ou com preenchimento incorreto ou incompleto.

Se o comprovante de endereço não estiver em nome da instituição deve anexar a este a declaração que as atividades são exercidas no endereço indicado (formulário disponível no site).

O e-mail exclusivo da DVISA/receituário é receituario.to@gmail.com.

Preenchimento eletrônico. Não será aceito quando preenchido a mão.

- Dúvidas: receituario.to@gmail.com

APENAS UMA VIA

ATENÇÃO: LEIA TUDO.

PREENCHIMENTO ELETRÔNICO.

FICHA CADASTRAL PARA MÉDICO, CIR. DENTISTA E MÉDICO VETERINÁRIO		
*DADOS PESSOAIS QUE DEVEM SER IMPRESSOS NA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA port. 344/98 Art. 55 alínea a.		
Nome:	CPF:	
Especialidade:	Telefone: () ()	*Nº / Cons. de Classe:
Endereço:	*Município:	
LOCAIS DE TRABALHO		
Nome:	Município:	
Nome:	Município:	
ASSINATURAS		
Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar
Atenção: Esta ficha deve ser assinada na sede da VISA-TO no ato do cadastramento ou reconhecer firma em cartório em apenas uma das assinaturas.		
Carimbo do Profissional sem assinar	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS 1- Original da carteira profissional (CRM, CRMV ou CRO). Quando cópia deve ser acompanhada da original ou autenticada em cartório ; 2- Comprovante de endereço. Somente são aceitos água, energia ou telefone – não é necessário autenticar.	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO OFICIAL COM A DVISA POR E-MAIL		
AUTORIZO a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Tocantins - DVISA a enviar documentos exarados por esta unidade organizacional para o <i>e-mail</i> e assumo a responsabilidade pelo seu gerenciamento e correto uso dos documentos e formulários enviados e recebidos por meio dele. de dezembro de 2019.		
		Assinatura

Não carimbe.
Apenas assine.

ATENÇÃO

Não assine.
Apenas carimbe.

A declaração não substitui o comprovante de endereço e deve ser preenchida apenas se o comprovante não estiver em nome do profissional.

Preencher o número e conselho de classe: CRM, CRO ou CRMV Ex. 001/CRM
Para profissionais do Programa Mais Médicos deve ser preenchido: número do RMS/RMS

Não assine.
Apenas carimbe.

ATENÇÃO: LEIA TUDO.

Atenção:
Não serão aceitos documentos ilegíveis, incompletos ou preenchidos a mão.
O endereço pode ser residencial ou profissional e deve ser impresso na notificação de receita.
No caso do comprovante de endereço não estar em nome do profissional, anexar a este, declaração que reside ou exerce as atividades no endereço indicado (formulário disponível no site).
O *e-mail* exclusivo da DVISA/receituário é receituario.to@gmail.com.
NÃO REALIZAMOS CADASTROS POR E-MAIL. AS FICHAS E DOCUMENTOS DEVEM SER ENTREGUES NA SEDE DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

- Dúvidas: receituario.to@gmail.com

APENAS UMA VIA

PREENCHIMENTO ELETRÔNICO.

FICHA CADASTRAL PARA SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
DADOS DA INSTITUIÇÃO		
Inscrição Social:	CNPJ:	
Município:		
Endereço:		
E-mail:	Telefone: () ()	
DADOS DO(A) SECRETÁRIO(A) / COORDENADOR(A) DA VISA		
Nome:	CPF:	
ASSINATURAS		
Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar
Atenção: Esta ficha deve ser assinada na sede da VISA-TO no ato do cadastramento ou reconhecer firma em cartório em apenas uma das assinaturas.		
Carimbo do Sec. ou Coord. sem assinar	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS 1- Cópia ou original dos documentos do Sec. ou Coordenador (RG e CPF). Quando não acompanhadas dos originais devem ser autenticadas em cartório ; 2- Cópia do ato de nomeação do Secretário ou Coord. – Não precisa autenticar; 3- Comprovante de endereço da Instituição. Somente serão aceitos água, energia ou telefone – não precisa autenticar.	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO OFICIAL COM A DVISA POR E-MAIL		
AUTORIZO a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Tocantins - DVISA a enviar documentos exarados por esta unidade organizacional para o e-mail e assumo a responsabilidade pelo seu gerenciamento e correto uso dos documentos e formulários enviados e recebidos por meio dele. de dezembro de 2019.		
_____ Assinatura		

Não carimbe.
Apenas assine.

Não assine.
Apenas carimbe.

A declaração não substitui o comprovante de endereço e deve ser preenchida apenas se o comprovante não em nome do profissional.

ATENÇÃO

LEIA COM ATENÇÃO
PARA DEPOIS
ASSINAR

Atenção:

Não serão aceitos documentos rasurados, ilegíveis ou com preenchimento incorreto ou incompleto. Se o comprovante de endereço não estiver em nome da instituição deve anexar a este a declaração que as atividades são exercidas no endereço indicado (formulário disponível no site). O e-mail exclusivo da DVISA/receituário é receituario.to@gmail.com. Preenchimento eletrônico. Não será aceito quando preenchido a mão.

ATENÇÃO: LEIA
TUDO.

- Dúvidas: receituario.to@gmail.com

APENAS UMA VIA

FICHA CADASTRAL DE INSTITUIÇÕES - Hospital, clínica e similares.		
DADOS DA INSTITUIÇÃO		
Inscrição Social:	CNPJ:	
Início:		
Endereço:		
E-mail:	Telefone: () ()	
DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
Nome:		CPF:
Conselho de Classe:	Especialidade:	Telefone: () ()
ASSINATURAS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar	Assinatura sem carimbar
<p>Atenção: Esta ficha deve ser assinada na sede da VISA-TO no ato do cadastramento ou reconhecer firma em cartório em apenas uma das assinaturas.</p>		
Carimbo do Resp. Técnico	<p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>1- Cópia ou original da carteira profissional do Responsável Técnico. Quando não acompanhada da original deve ser autenticadas em cartório;</p> <p>2- Cópia do Certificado de Resp. Técnica fornecido pelo CRM – sem autenticar;</p> <p>3- Comprovante de endereço da Instituição. Apenas água, energia ou telefone – não precisa autenticar.</p>	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO OFICIAL COM A DVISA POR E-MAIL		
<p>Autorizo a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado do Tocantins - DVISA a enviar documentos exarados por esta unidade organizacional para o <i>e-mail</i> e assumo a responsabilidade pelo seu gerenciamento e correto uso dos documentos e formulários enviados e recebidos por meio dele.</p> <p>de dezembro de 2019.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>		

O Responsável Técnico sempre é o médico.

Não carimbe. Apenas assine.

Não assine. Apenas carimbe.

A declaração não substitui o comprovante de endereço e deve ser preenchida apenas se o comprovante não estiver em nome da instituição.

ATENÇÃO

LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE ASSINAR

Atenção:

Não são aceitos documentos ilegíveis, incompletos ou preenchidos a mão.

O endereço deve ser impresso na notificação de receita.

Se o comprovante de endereço não estiver em nome da instituição deve anexar a este a declaração que as atividades são exercidas no endereço indicado (formulário disponível no site).

O e-mail exclusivo da DVISA/receituário é receituario.to@gmail.com.

Não realizamos cadastros por e-mail. As fichas e documentos devem ser entregues na sede da VISA.

- Dúvidas: receituario.to@gmail.com

APENAS UMA VIA

ATENÇÃO: LEIA TUDO.

Para Secretaria de Saúde e VISA preencher com o nome da Secretaria. Ex. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS

Especialidade e número do conselho de classe deve ser preenchidos apenas quando for solicitado por médico, dentista ou veterinário. Secretaria de saúde, VISA e instituição devem deixar em branco.

O endereço deve ser o mesmo que está cadastrado na Vigilância e deve ser impresso na receita.

LEIA O QUE VOCÊ ESTÁ ASSINANDO.

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO E/OU NUMERAÇÃO DE RECEITAS				
Requisitante:	CNPJ/CPF:			
Endereço Completo - igual ao cadastrado na DVISA:	Município:			
Especialidade (apenas para médico):	Nº / Cons. de Classe:			
TIPOS DE NOTIFICAÇÃO REQUERIDA				
<input type="checkbox"/> NRA ()	<input type="checkbox"/> NRB ()	<input type="checkbox"/> NRB2 ()	<input type="checkbox"/> NRC2 ()	<input type="checkbox"/> NRC3 ()
Solicito notificações de receitas de medicamentos sujeitos ao controle especial acima especificadas. Declaro estar ciente que a confecção de notificações de receitas B, B2 e C2, devo entregar na Vigilância Sanitária Estadual ou enviar para o receituário.to@gmail.com cópia da primeira folha de cada bloco e esta requisição carimbada e assinada pelo representante legal da instituição no prazo de 30 dias. Declaro que estou ciente que o não cumprimento das instruções acima acarretará a suspensão da emissão de demais notificações de receitas (A e C3) e/ou numeração (B, B2 e C2) até que regularize a situação. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas e documentos apresentados são verdadeiros e corretos. Declaro que não tenho pendências administrativas, civis e criminais em andamento. Declaro que todas as informações prestadas e documentos apresentados são verdadeiros e corretos.				
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA POR TERCEIROS		Pelo presente, autorizo a pessoa abaixo qualificada a retirar em meu nome a notificação e/ou numeração de receitas solicitadas.		
Nome:	CPF:			
Assinatura (SEM CARIMBAR)		Carimbo (SEM ASSINAR)		

Marcar o tipo de notificação que está solicitando e indicar a quantidade desejada.

PARA AUTORIZAR QUE OUTREM RETIRE OS TALONÁRIOS OU A NUMERAÇÃO PREENCHA ESTES CAMPOS COM O NOME E CPF DE QUEM ESTIVER AUTORIZADO.

Só assinar, sem carimbar. Não é necessário reconhecer firma da assinatura.

- Médico, Dentista e Veterinário assinam o próprio.
- Hospital e similares assina o Responsável Técnico (médico).
- Secretaria de Saúde assina o Secretário de Saúde.
- Vigilância Sanitária assina o Coordenador da VISA.

Deve ser a mesma da ficha cadastral. Se for diferente não será entregue para terceiros.

Quando da confecção de B, B2 e C2, o Responsável Legal da Gráfica deve datar e assinar.

CARIMBO DA GRÁFICA.

DECLARACÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL DA GRÁFICA

Declaro que confeccionamos funcionários NRB, NRB2 E/OU NRC2 com numeração autorizada neste documento e seguindo a legislação vigente.

CARIMBO DA GRÁFICA

Data: / /

Assinatura do Resp. Legal da Gráfica

PREENCHIMENTO ELETRÔNICO – NÃO PREENCHER A MÃO

LEIA COM ATENÇÃO:

- * A notificação deve conter o nome do profissional/instituição, o nº do conselho profissional/CNPJ e o endereço cadastrado na Vigilância Sanitária.
- * Confeccionar notificações de receita em desacordo com a legislação vigente constitui infração sanitária;
- * A Gráfica apenas receberá este documento original, em hipótese alguma poderá aceitar cópia;
- * O carimbo da gráfica deve conter: Razão social, CNPJ, endereço e telefone;
- * Esta requisição e cópia da primeira folha do receituário confeccionado devem ser escaneados e enviados no formato PDF para o e-mail receituario.to@gmail.com.

A não devolução bloqueia para novas requisições.

LEIA COM ATENÇÃO.

ATENÇÃO:

- **Sempre** verifique se os formulários e a requisição estão assinados e carimbados nos locais solicitados por quem de direito.
- Verifique na Portaria 344/98 qual é o tipo receituário que precisa para cada medicamento.
- O talonário “A” deve ter todas as folhas carimbadas no ato da retirada com o carimbo do profissional prescriptor. Lembre que o carimbo deve estar abastecido de tinta. Carimbos ilegíveis ou que dificultam a leitura e identificação não serão aceitos.
- Após a confecção dos talonários **B, B2 e C2** o representante legal da gráfica deve datar, assinar e carimbar a Requisição.
- **A REQUISIÇÃO E UMA FOLHA DE CADA TIPO DE NOTIFICAÇÃO** confeccionada deve ser escaneada e enviada para o e-mail receituario.to@gmail.com no prazo máximo de 30 dias (PDF – não aceitamos outro formato ou fotografias) .

Caso este documento não seja enviado o cadastro ficará bloqueado impedindo a retirada de novos talões e/ou numeração até a regularização.

- Na hipótese de não confeccionar os talonários o responsável deve devolver a requisição ORIGINAL à autoridade sanitária – DVISA-TO.
- Sempre confeccionar a quantidade autorizada, nunca a menos. Se NÃO desejar confeccionar tudo retorne a DVISA com nova requisição e a anterior para substituição.
- Lembre que a numeração foi autorizada em seu nome e, mesmo que não tenha sido confeccionada, a responsabilidade por todos os números autorizados é do requisitante.

❖ RECEITAS CONFECCIONADAS EM DESACORDO COM A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA DEVERÃO SER CONFECCIONADAS NOVAMENTE.

Dúvidas pelo e-mail: receituario.to@gmail.com

COMO RESOLVER PENDÊNCIA/BLOQUEIO PARA RETIRAR RECEITUÁRIO

1. Por falta de documentação: providenciar a documentação e enviar por e-mail (receituario.to@gmail.com) para a DVISA.
2. Não enviou à DVISA a requisição assinada e carimbada (gráfica) confirmando a confecção:
 - Se tiver a requisição já devidamente carimbada escaneie (PDF) e envie por e-mail para a DVISA juntamente com uma folha de cada tipo de receituário confeccionado (01 folha do B e/ou uma folha B2 e/ou uma folha C2).
3. Não tem mais a requisição:
 - Solicite, por e-mail, que enviaremos cópia da requisição que deve ser levada à gráfica que confeccionou os receituários para o representante assinar e carimbar. Após carimbada escaneie (PDF) e envie por e-mail para a DVISA juntamente com uma folha de cada tipo de receituário confeccionado.
4. Não tem a requisição e não sabe onde foi confeccionada:
 - Solicite, por e-mail, que enviaremos cópia da requisição para fazer um Boletim de Ocorrência. Com os dados da requisição o BO pode ser feito na Delegacia de Polícia ou na Delegacia Virtual <https://www2.ssp.to.gov.br/delegaciavirtual/> opção FURTO/PERDA e clicar sobre Documento e seguir as orientações do site. Salve o BO em PDF e envie por e-mail para a DVISA juntamente com uma folha de cada tipo de receituário confeccionado. (receituario.to@gmail.com)

MODELOS E REGRAS PARA CONFECÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE – deve conter, no mínimo, os seguintes dados (port. 344/98 Art. 55 alínea “a”):
 - Médico, Médico Veterinário e Cirurgião Dentista constar o nome do profissional, número do conselho de classe e endereço cadastrado na vigilância sanitária e telefone;
 - Hospital, Clínica e similares: razão social, número do CNPJ, endereço cadastrado na vigilância sanitária e telefone;
 - Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária: Prefeitura Municipal de ..., Secretaria Municipal de Saúde e CNPJ.
2. RODAPÉ deve conter:
 - Dados da gráfica: razão social, CNPJ, endereço completo e telefone;
 - Nº da autorização da VISA, quantidade de blocos impressos e numeração inicial e final impressa.
3. TAMANHO: a notificação deve ser confeccionada com, no mínimo, a 21cm de largura por 10cm de altura.
4. COR: Notificação de Receita C2 deve ser na cor branca, B e B2 na cor azul.
5. QUANTIDADE DE VIAS: B e B2 folha simples, C2 duas vias (carbonada).

RECEITAS CONFECCIONADAS EM DESACORDO COM A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA DEVERÃO SER CONFECCIONADAS NOVAMENTE.

Comprimento mínimo: 21cm

Identificação do emitente: Deve conter: Nome ou razão social, nº do conselho ou CNPJ, endereço cadastrado na DVISA e telefone.

Altura mínima: 10cm

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	
UF NÚMERO TO	UF NÚMERO B
Data: ____/____/____	de ____ de ____ Paciente: _____
Paciente: _____	Endereço: _____
Medicamento: _____	Assinatura do Emitente _____
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
	Nome: _____
	Endereço: _____
	Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____
	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
	Medicamento ou Substância _____
	Quantidade e Forma Farmacêutica _____
	Dose por Unidade Posológica _____
	Posologia _____
	CARIMBO DO FORNECEDOR
	Nome do Vendedor: _____ Data: ____/____/____

O rodapé deve conter os dados da gráfica: Razão social, CNPJ, endereço e telefone. Número da autorização da VISA, quantidade de blocos confeccionada, data da confecção e numeração inicial e final autorizada.

Comprimento
mínimo: 21cm

Identificação do emitente: Deve conter:
Nome ou razão social, nº do conselho ou
CNPJ, endereço cadastrado na DVISA e
telefone.

Altura mínima:
10cm

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	
UF: NÚMERO TO B2	UF: NÚMERO TO B2
Data: ____/____/____	de ____ de ____ Paciente: _____
Paciente: _____	Endereço: _____
Medicamento: _____	Assinatura do Emitente _____
	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
	Medicamento ou Substância
	Quantidade e Forma Farmacêutica
	Dose por Unidade Posológica
	Posologia
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
	Nome: _____
	Endereço: _____
	Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____
	CARIMBO DO FORNECEDOR
	Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____

O rodapé deve conter os dados da gráfica: Razão social, CNPJ, endereço e telefone. Número da autorização da VISA, quantidade de blocos confeccionada, data da confecção e numeração inicial e final autorizada.

Comprimento
mínimo: 21cm

Identificação do emitente: Deve conter:
Nome ou razão social, nº do conselho ou
CNPJ, endereço cadastrado na DVISA e
telefone.

Altura mínima:
10cm

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF _____ NÚMERO _____ TO _____ C2	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS UF _____ NÚMERO _____ TO _____ C2 Data ____ de ____ de ____ Paciente _____ Idade _____ Sexo _____ Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/> Assinatura _____ Endereço _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ _____ _____	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA Nome <input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acitretina Posologia  GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
DATA _____ PACIENTE _____ MEDICAMENTO _____	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome _____ Data ____/____/____	

O rodapé deve conter os dados da gráfica: Razão social, CNPJ, endereço e
telefone. Número da autorização da VISA, quantidade de blocos
confeccionada, data da confecção e numeração inicial e final autorizada.

C2 SEMPRE EM 2 VIAS

Modelo de carimbo para identificar Notificação de Receita A e C3.

- Este carimbo deve ter as dimensões de até 7,0 cm X 1,5 cm e conter os seguintes dados:
- Para o profissional: Nome completo do prescritor, número do Conselho Regional correspondente, endereço completo (rua, bairro, CEP, município e estado) telefone é opcional;
- Para instituições: Nome da instituição, CNPJ, endereço completo (rua, bairro, CEP, município e estado) e telefone.
- O Endereço do carimbo para a Notificação A deve ser o mesmo da FICHA CADASTRAL.
- EXEMPLO DE CARIMBO:

Dúvidas pelo e-mail:
receituario.to@gmail.com

Maria Antonieta de Orleans e Bragança
CRM-TO 1323 Tel. 63 3333-3333
Rua dos Coqueiros, 1235 – Bairro Caraguatá
Buritis de São João / TO – CEP 77.000-666

7,0 cm

1,5 cm

Hospital Santa Madalena do Norte
CNPJ 11.000.666/0001-16 - Tel. 63 3366-6633
Av. das Palmeiras do Sol, 6555. Centro
Palmeiras do Sol / TO - CEP 77.000-666

7,0 cm

NRC3 – TALIDOMIDA:

- Para retirada de talonários C3 o médico deve, além de estar cadastrado na DVISA, preencher a ficha cadastral de prescritor de medicamento a base de Talidomida (formulário no site). A ficha deve ser atualizada a cada dois anos.
- O talonário é entregue exclusivamente para o médico prescritor. Em hipótese alguma será entregue para terceiros.
- O talonário “C3” deve ter todas as folhas carimbadas no ato da retirada com o carimbo do profissional prescritor. Lembre do carimbo estar abastecido de tinta. Carimbos ilegíveis ou que dificultam a leitura e identificação não serão aceitos.
- Com o intuito de facilitar a retirada de talonários C3 nas regiões norte e sul a DVISA firmou parceria com as Vigilâncias Sanitárias de Araguaína e Gurupi onde o profissional destes municípios e redondezas possa retirar exclusivamente os talonários C3.
 - Estas duas vigilâncias entregam exclusivamente os talonários C3 mediante autorização expressa da DVISA.

PROTOCOLO PARA RETIRAR TALONÁRIO PARA TALIDOMIDA EM ARAGUAÍNA OU GURUPI

1. O médico já cadastrado na DVISA envia para o e-mail receituario.to@gmail.com a **REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO E/OU NUMERAÇÃO DE RECEITAS**, preenchida e assinada no formato PDF (utilize scanner de mesa, não será aceita fotografia). O endereço de e-mail que enviar a requisição deve ser, exclusivamente, o **cadastrado na DVISA**.
2. A DVISA confere a situação cadastral do profissional e, não havendo pendências, emite uma autorização para retirada do(s) talonário(s) de Notificação de Receita C3 na VISA de Araguaína ou Gurupi.
3. Autorização deve conter a assinatura digital no rodapé da página e o documento pode ser verificado pelo QRCODE ou pelo código verificador no site <http://sgd.to.gov.br/verificador> digitando o código verificador.
4. A autorização é enviada para o e-mail cadastrado do médico com cópia para o e-mail da VISA responsável pela entrega.
5. O médico imprime a autorização e, munido da carteira do CRM e do carimbo profissional, comparece à VISA de Araguaína ou Gurupi para retirar o talonário.
6. A autoridade sanitária municipal irá conferir a identificação do Médico mediante a apresentação da carteira do CRM.
7. A autoridade sanitária confere a numeração autorizada com a do talonário que será entregue.
8. Todas as folhas do talão devem ser carimbadas no campo 1- IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ao lado de onde está escrito “Assinatura e Carimbo”.
9. A Autoridade Sanitária solicita que o médico date, assine e carimbe no campo indicado da autorização e retém e para arquivo.
10. Entrega ao médico o talonário.

IMPORTANTE

- O talonário será entregue exclusivamente ao médico autorizado após a Autoridade Sanitária conferir se todas as páginas estão devidamente carimbadas.
- O talonário é pessoal e intransferível e está sob responsabilidade do médico proprietário deste.
- Não empreste, ceda ou permita que outros utilizem o receituário. Lembre que a notificação está identificada pelo carimbo e sua numeração vinculada ao cadastro de quem requereu.
- Em caso de perda ou furto comunique imediatamente a autoridade policial por meio de um Boletim de ocorrência que deve ser encaminhado a Diretoria de Vigilância Sanitária.
 - O BO pode ser feito na Delegacia de Polícia ou na Delegacia Virtual <https://www2.ssp.to.gov.br/delegaciavirtual/> opção FURTO/PERDA e clicar sobre Documento e seguir as orientações do site

Endereço da VISA de Araguaína: Rua Sete de Setembro nº 315.
Telefone: 63 3412-3209

Endereço da VISA de Gurupi: Av. Pernambuco nº 1345 entre 1 e 11.
Telefone VISA Gurupi: 63 3315-0091

Dúvidas pelo e-mail: receituario.to@gmail.com