

MODELO A SER UTILIZADO PARA A CONFEÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA
B, B2 E C2

É PROIBIDO CONFECCIONAR NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A E C3.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____

TO _____

C2

DATA _____

PACIENTE _____

MEDICAMENTO _____

21cm

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINOIDES SISTÊMICOS**

UF _____ NÚMERO _____

TO _____

C2

Data ____ de ____ de ____

Paciente _____

Idade _____ Sexo _____

Prescrição: Inicial Subsequente

Assinatura _____ Endereço _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____

_____/_____/_____
Data

ESPECIALIDADE /
SUBSTÂNCIA

Nome

Isotretinoína

Tretinoína

Acitretina

Posiologia _____



GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.

7cm

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.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____

TO _____

B

Data: ____/____/____

Paciente: _____

Medicamento: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____

TO _____

B

____ de ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emissor _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

_____/_____/_____
Data

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posiológica

Posiologia

UF NÚMERO TO B2 Data: ____/____/____ Paciente: _____ _____ _____ Medicamento: _____ _____ _____	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO TO B2 _____ de _____ de Paciente: _____ _____ Endereço: _____ _____ 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 ____/____/____	

B VETERINÁRIA

UF NÚMERO TO B Data: ____/____/____ Paciente: _____ _____ _____ Medicamento: _____ _____ _____	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO TO B Nome: _____ Espécie: _____ Raça: _____ Porte: _____ Proprietário: _____ Endereço: _____		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ _____ _____	Medicação ou Substância _____ Quantidade e Apresentação _____ Forma Farm./Concentração por Unidade _____
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		IDENTIDADE DO FORNECEDOR _____ Nome _____ Data ____/____/____	_____ de _____ de 19 ____ _____ Veterinário C.R.M.V. _____
	Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta impressão: de _____ a _____	

CRITÉRIOS PARA CONFECÇÃO:

1. COR: **B E B2** SÃO CONFECIONADAS EM **AZUL**. **C2 É BRANCA**.
2. IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE – deve conter, no mínimo, os seguintes dados:
 - Médico, Médico Veterinário e Cirurgião Dentista constar o nome do profissional, número do conselho de classe e endereço cadastrado na vigilância sanitária.
 - 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
3. RODAPÉ – deve conter:
 - Dados da gráfica: nome, CNPJ, endereço completo e telefone;
 - Nº da autorização da VISA;
 - Quantidade de blocos impressos;
 - Numeração inicial e final concedida pela VISA.
4. TAMANHO - a notificação deve ser confeccionada com, no mínimo, as dimensões 21cm de largura por 10cm de altura.
5. NUMERAÇÃO: deve ser seguida exatamente a numeração fornecida pela DVISA. O ano de confecção não faz parte da numeração. **Não inserir o ano antes do 26** que é o número que identifica o estado do Tocantins. **A numeração é composta de apenas 8 dígitos.**
CORRETO: 26001151 **ERRADO: 2020 26001151**

IMPORTANTE:

- **Notificação C2 deve ser em duas vias.**
- **O Endereço do carimbo para a Notificação A deve ser o mesmo da FICHA CADASTRAL.**

RETIRADA DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A E C3.

Quando for retirar as Notificações de Receita A (NRA), o profissional/instituição ou pessoa autorizada deve portar um carimbo que será utilizado para identificação de todas as **NRA**.

Este carimbo deve ter as dimensões de 7,0 cm X 1,5 cm e conter os seguintes dados:

- **Para o profissional:** Nome completo do prescriptor, número do Conselho Regional correspondente, endereço completo (rua, bairro, CEP, município e estado) e telefone;
- **Para instituições:** Nome da instituição, CNPJ, endereço completo (rua, bairro, CEP, município e estado) e telefone.

Modelo de carimbo

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	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		7,0 cm

Obs.: A fonte utilizada neste modelo: Arial tamanho 10 no nome e 8 nos dados.

- **As notificações de talidomida e retinóides são de uso exclusivo do profissional médico.**
- **Prescritor antes de utilizar as notificações verifique a forma correta de prescrição consultando a Portaria nº 344/98 e a Portaria nº6/99.**