



ORIENTAÇÕES RECEITUÁRIO CONTROLADO UBS


Comunicamos que a partir do dia 01/12/25 as solicitações de receituário deverão seguir as seguintes orientações:

- Enviar formulário preenchido (anexo) para o e-mail: **dvs@smsbrusque.sc.gov.br** ;
- Os blocos serão entregues no dia posterior a solicitação para o enfermeiro responsável pela unidade e o mesmo que realizou a solicitação no período indicado no formulário (cada enfermeiro ficará responsável de solicitar o receituário para seu médico, pois a responsabilidade pela guarda dos blocos será compartilhada entre o enfermeiro solicitante e o médico prescritor)
- Os receituários **tipo A** receberão o carimbo do Fundo Municipal de Saúde, portanto os blocos são da unidade, (Fica proibido o prescritor retirar os blocos da unidade de saúde)
- O receituário deverá ser solicitado utilizando a nomenclatura correta conforme anexo;
- O receituário só deve ser recebido pelo responsável se o envelope não estiver violado.

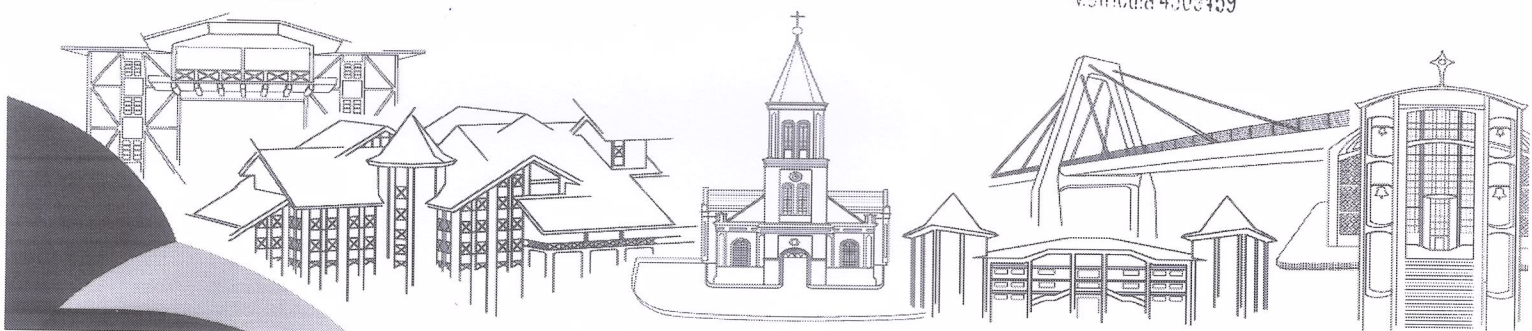
Em caso de dúvida entrar em contato pelo fone 2017-0463 ou pelo e-mail:
dvs@smsbrusque.sc.gov.br


Caroline Maçaneiro

Diretora Vigilância em Saúde
Caroline Maçaneiro
Diretora da Vigilância em Saúde
Matrícula: 677124


Roberta Fabiane Pizzo Moya

Coordenadora Vigilância Sanitária
Roberta Fabiane Pizzo Moya
Coordenadora da vigilância sanitária
Matrícula 4305469





SOLICITAÇÃO RECEITUÁRIO

UBS: _____

Enfermeiro responsável: _____ () Matutino () Vespertino

Solicita receituários para o prescritor: _____

CRM/CRO: _____ Fone: _____

E-mail: _____

(_____) Receituário tipo **A** Qtdade: _____ blocos

(_____) Receituário tipo **B** Qtdade: _____ blocos

(_____) Receituário tipo **B2** Qtdade: _____ blocos

(_____) Receituário tipo **C** Qtdade: _____ blocos

(_____) Receituário tipo **R** (Retinóides C2) Qtdade: _____ blocos

(_____) Carteira de saúde Qtdade: _____ unidades

Obs.: Máximo 3 blocos permitido, por tipo de receituário.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do enfermeiro solicitante

