

# RECEITUÁRIO A – AMARELO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA
UF	NÚMERO		Nome: _____
SC	<div style="background-color: blue; width: 100px; height: 20px;"></div>		
<b>A</b>			Quantidade e Apresentação
Data: _____ de _____ de _____		Paciente: _____	Fórm. Farm. Concentr./Unid. Posologia
Assinatura do Emitente		Endereço: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		Nome _____	
Endereço: _____		/ /	
Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		Data _____	

Impressão autorizada pela Secretaria de Estado de Saúde de SC, através da ATA Nº 370/2023.  
CONTPLAN TECNOLOGIA GRAFICA LTDA - EPP - CNPJ 66.606.734/0001-02 - Rua Francisco Hurtado, 431 - Água Funda - São Paulo - SP - Tel.: (11) 2107-0500.

Numeração desta impressão: 24000001 A 24264000

ANO 2023

# RECEITUÁRIO B – AZUL

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	<b>Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>CNPJ: 11.188.015/0001-41</b> Rua Prefeito Germano Schaefer - Praça da Cidadania Centro - Fone/Fax: (47) 3255 6800 88350-170 - BRUSQUE - SANTA CATARINA			
SC 24	1648			Quantidade e Forma Farmacêutica	
Data: ___ de ___ de 20___		Paciente _____		Dose por unidade posológica	
Assinatura _____		Endereço _____		Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
NOME _____			/ /		
ENDEREÇO _____					
TELEFONE _____					
IDENT. Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____					
			Nome do vendedor _____ DATA _____		

Gráfica Alta Definição Ltda. - Rua Terra Rica, 42 - São José dos Pinhais - PR - CEP 83.040-260 - 2.000 Blocos Receita Azul (50x1) numeração de 24.1.079.101.16.48 a 24.1.179.100.16.48 - Autorização VISA nº 04/2022 em 29/05/2023.

# RECEITUÁRIO B2 – AZUL (ANOREXÍGENOS)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	Secretaria Municipal de Saúde CNPJ: 11.188.015/0001-41 Praça das Bandeiras, 77 - Centro Brusque/SC Fone/Fax: (47) 3251-1833 - CEP 88350-051			
SC	24 [REDACTED] 16.48			B2	
_____ de _____ de _____		Paciente _____		Doses por Unidade Posológica	
Assinatura e Carimbo _____		Endereço _____		Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR			
Nome _____		Nome do Vendedor _____ Data _____/_____/_____ _____			
Endereço _____					
Telefone _____					
Identidade. Nº _____ Órgão Emissor _____					
<small>IBV Grafica Ltda - Rua Fiorandóia, 100 - Itajaí-SC - CNPJ 08.426.931/0001-31 - I.M. 285497-0 - Aut. 01/2013 de 05/03/2013 - 250 Bicos - 50x1 via - Numeração desta impressão de 93.551 à 108.050</small>					

# RETINÓICOS C2 – BRANCA

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>	
UF	NÚMERO	<b>Secretaria Municipal de Saúde</b> CNPJ: 11.188.015/0001-41	
SC	[REDACTED] 1648	Rua Prefeito Germano Schoefer - Praça da Cidadania Centro - Fone: (47)3255 6800 88350-170 - Brusque - Santa Catarina	
disponibilizado na autorização emitida pela VISA			
Data ____ de ____ de ____		Paciente _____	
		Idade _____ Sexo _____	
		Prescrição Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>	
Assinatura e Carimbo _____		Endereço _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>			
NOME _____			
ENDEREÇO _____			
INDENT. Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ FONE _____			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FONECEDOR</b>			
NOME _____			
DATA _____			
(2 Vias) 1ª farmácia 2ª Via Médico			

GRÁFICA MERCÚRIO - (47) 3351-4660 - CNPJ 82983828/0001-82 - Brusque - 60 bls. 50x2 de 038.451 a 041.450. Aut. do Depto. de Vigilância Sanitária Nº 14/2014

# TALIDOMIDA



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde - SUS

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA ANEXO VI

Notificação de Receita de Talidomida		"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"  "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
UF		
SC		
CID		

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome _____	Nº do Cadastro _____
Endereço _____	
Especialidade _____	
CPF _____	CRM Nº _____ UF _____
Data ____/____/____	Assinatura e Carimbo _____

### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____	
Data de Nascimento _____	Sexo _____ Telefone (se houver) _____
Endereço _____	
Documento Oficial de Identificação nº _____	Órgão emissor _____

### 3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome _____	
Endereço _____	Telefone (se houver) _____
Documento Oficial de Identificação nº _____	Órgão emissor _____

### 4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso) _____
Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100 mg) _____
Posologia _____
Tempo de tratamento _____
Outras orientações (se houver) _____

### 5 - DADOS SOBRE A DISPOSIÇÃO

Quantidade (Comprimidos) _____	Nº do lote _____
Nome do Farmacêutico Dispensador _____	CRF Nº _____
_____/_____/____	Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico _____

### 6 - CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)

--

# RECEITUÁRIO C – 2 VIAS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>
<b>CNPJ: 11.188.015/0001-41</b>
Rua Prefeito Germano Schaefer - Praça da Cidadania
Centro - Fone/Fax: (47) 3255-6800
88350-170 BRUSQUE SANTA CATARINA

RECEITUÁRIO  
CONTROLE  
ESPECIAL  
1ª VIA (Branca)  
FARMÁCIA  
2ª VIA (Amarela)  
PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____ _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
End: _____ _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: ____/____/____