

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP Coordenação de Farmácia - E-mail para contato: coord.farmaciafspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084 CNPJ: 19.843.891/0001-7

FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR

vigente a prescrição em anexo, deixou de atender ao(s) seguinte(s) item(ns): ☐ Medicamento prescrito pela Denominação Comum Brasileira (DCB), nome genérico. ☐ Dosagem ou concentração. ☐ Posologia. ☐ Carimbo e/ou dados completos do prescritor (assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional). ☐ Data da emissão da receita, sem rasura. ☐ Receitas sem rasuras. ☐ Receita de modo legível por extenso. ☐ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. ☐ Nome completo do paciente. ☐ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/	Caro prescritor,,		acordo com a legislação	
nome genérico. Dosagem ou concentração. Posologia. Carimbo e/ou dados completos do prescritor (assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional). Data da emissão da receita, sem rasura. Receitas sem rasuras. Receita de modo legível por extenso. Duração do tratamento e quantidade do medicamento. Nome completo do paciente. Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal nº 5991/73; Art. 52 § 2º da Portaria nº 344/1998; Art. 3 da Lei nº 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data://	vigente a prescrição em anexo, deixou de atender ao(s) seguinte(s) item(ns):			
 □ Posologia. □ Carimbo e/ou dados completos do prescritor (assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional). □ Data da emissão da receita, sem rasura. □ Receitas sem rasuras. □ Receita de modo legível por extenso. □ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. □ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:// Unidade: Telefone: 		•	Comum Brasileira (DCB),	
 □ Carimbo e/ou dados completos do prescritor (assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional). □ Data da emissão da receita, sem rasura. □ Receitas sem rasuras. □ Receita de modo legível por extenso. □ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. □ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:// Unidade: Telefone: 		Dosagem ou concentração.		
profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional). Data da emissão da receita, sem rasura. Receitas sem rasuras. Receita de modo legível por extenso. Duração do tratamento e quantidade do medicamento. Nome completo do paciente. Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:// Unidade: Telefone:		Posologia.		
□ Receitas sem rasuras. □ Receita de modo legível por extenso. □ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. □ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/		profissional, endereço do consultório ou re-	sidência e o número de	
□ Receita de modo legível por extenso. □ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. □ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/		Data da emissão da receita, sem rasura.		
□ Duração do tratamento e quantidade do medicamento. □ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/ Unidade: Telefone:		Receitas sem rasuras.		
□ Nome completo do paciente. □ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/		Receita de modo legível por extenso.		
□ Validade da receita dias. O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável: Data:/ Unidade: Telefone:		Duração do tratamento e quantidade do med	icamento.	
O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável:		Nome completo do paciente.		
Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999. Farmacêutico responsável:		Validade da receita dias.		
Unidade: Telefone:	O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999.			
	Farmacé	cêutico responsável:	_ Data:/	
Observação	Unidade:Telefone:			
Observação.	Observa	ação:		



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP Coordenação de Farmácia - E-mail para contato: coord.farmaciafspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084 CNPJ: 19.843.891/0001-7

FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR

Caro prescritor,, de acordo com a legislação vigente a prescrição em anexo, deixou de atender ao(s) seguinte(s) item(ns):			
	Medicamento prescrito pela Denominação Comum Brasileira (DCB), nome genérico.		
	Dosagem ou concentração.		
	Posologia.		
	Carimbo e/ou dados completos do prescritor (assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional).		
	Data da emissão da receita, sem rasura.		
	Receitas sem rasuras.		
	Receita de modo legível por extenso.		
	Duração do tratamento e quantidade do medicamento.		
	Nome completo do paciente.		
	Validade da receita dias.		
O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal n° 5991/73; Art. 52 § 2° da Portaria n° 344/1998; Art. 3 da Lei n° 9787/1999.			
Farmacêutico responsável: Data:/			
Unidade: Telefone:			
Observa	ação:		