



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.farmaciaspss@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 nº 5991/73; Art. 52 § 2º da Portaria nº 344/1998; Art. 3 da Lei nº 9787/1999.

Farmacêutico responsável: _____ Data: ____/____/____

Unidade: _____ Telefone: _____

Observação:



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.farmaciaspss@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 nº 5991/73; Art. 52 § 2º da Portaria nº 344/1998; Art. 3 da Lei nº 9787/1999.

Farmacêutico responsável: _____ Data: ____/____/____

Unidade: _____ Telefone: _____

Observação: