

Modelos de Talonários

Todos os modelos encontram-se disponíveis para consulta em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados/sncr/modelos-de-receituarios>

ATENÇÃO, os modelos disponibilizados pela ANVISA não contemplam os canhotos, apenas as folhas de prescrição.

Notificação de Receita A

- No momento o Estado de São Paulo não adere a impressão pelo requerente, portanto, permanece a retirada do talão junto a Vigilância Sanitária local.

Notificação de Receita B

Modelo de NRB para prescritores veterinários

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO

SELO: **B**

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: _____

PORTE: _____

Canhoto

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO

SELO: **B**

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: _____

PORTE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + ENDEREÇO COMPLETO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONE: _____

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO: _____

CONCENTRAÇÃO: _____

FORMA FARMACÊUTICA: _____

QUANTIDADE: _____

POSOLOGIA: _____

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITA: ____/____/____ (recomendável)

Folha de prescrição

Modelo de NRB para demais prescritores

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

SELO: **B**

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

Canhoto

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

SELO: **B**

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPN ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONE: _____

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO: _____

CONCENTRAÇÃO: _____

FORMA FARMACÊUTICA: _____

QUANTIDADE: _____

POSOLOGIA: _____

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITA: ____/____/____ (recomendável)

Folha de prescrição

Notificação de Receita B2

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
NÚMERO **B2**
DATA: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____
PACIENTE: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____

Canhoto

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
NÚMERO **B2**
DATA: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____
PACIENTE: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
TELEFONE: _____

PRESCRIÇÃO
NOME DO MEDICAMENTO: _____
CONCENTRAÇÃO: _____
FORMA FARMACÊUTICA: _____
QUANTIDADE: _____
POSOLOGIA: _____

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITINHA: ____/____/____ (recomendável)

Folha de prescrição

Notificação de Retinóides

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS**
NÚMERO _____
DATA: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____
PACIENTE: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
SEXO: _____

Canhoto

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS**
NÚMERO _____
DATA: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____
PACIENTE: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
SEXO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
TELEFONE: _____

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITINHA: ____/____/____ (recomendável)

Folha de prescrição

PRESCRIÇÃO
NOME DO MEDICAMENTO: _____
CONCENTRAÇÃO: _____
FORMA FARMACÊUTICA: _____
QUANTIDADE: _____
POSOLOGIA: _____

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

Notificação de Talidomida

- No momento o Estado de São Paulo não adere a impressão pelo requerente, portanto, permanece a retirada do talão junto a Vigilância Sanitária local.

Atualizado em 26.03.2026

Segundo publicação ANVISA