

MODELO DA NOTIFICAÇÃO RECEITA AMARELA A

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA
UF	NÚMERO	3	Nome: _____
1	2		4
Data ____ de ____ de ____		Paciente _____	Quantidade e Apresentação _____
5	Endereço _____		Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia _____
Assinatura do Emitente		6	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		8	9
Endereço: _____			Nome _____
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____			____/____/____
7			Data

7 Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

1. Sigla da Unidade federativa (estado, UF);
2. Número de 8 dígitos disponibilizado pela Vigilância Sanitária, sendo que os 2 primeiros dígitos são referentes ao código da Autoridade Sanitária Estadual;
3. Identificação do emitente (nome, inscrição no conselho, nome da instituição, CNPJ e endereço completo);
4. Nome do medicamento dispensado, quantidade, forma farmacêutica, concentrações e posologia;
5. Data da prescrição, assinatura e carimbo do profissional prescriptor;
6. Nome completo do paciente e endereço;
7. Dados da gráfica responsável pela impressão da notificação (já vêm preenchida);
8. Espaço para o farmacêutico preencher os dados do comprador;
9. Dados de quem está dispensando a medicação.

PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO RECEITA AZUL B

- . A notificação de receita Amarela A é válida por **30 dias corridos**, a partir da data de emissão;
- . Deverá estar **totalmente preenchida de forma legível**, sem emenda ou rasura;
- . A farmácia ou drogaria somente poderá dispensar, quando **todos os itens da Notificação Receita Amarela A**, estiverem devidamente preenchidos;
- . Será **retida** pela farmácia ou drogaria, e deverá preencher na hora ou vir preenchida o campo **identificador do comprador**;
- . É **personalizada e intransferível**, devendo conter somente uma substância das listas.

MEDICAMENTO QUE NECESSITA DA

NOTIFICAÇÃO RECEITA AMARELA A – LISTA REMUNE 2023

- Metilfenidato 10mg.