

# Modelo de Notificação de Receita B

The diagram shows a form titled 'NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B' with various fields and sections. Arrows point from descriptive text to specific parts of the form:

- Numeração concedida pela VISA**: Points to the 'LUF - NÚMERO' field.
- Dados Impressos: Nome e endereço do prescritor e sua inscrição no Conselho ou nome e endereço da clínica/instituição na qual é vinculado**: Points to the 'IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE' section.
- Nome do Medicamento ou da Substância**: Points to the 'Medicamento ou Substância' field.
- Ex.: 3 (três) cx comprimidos ou 60 comprimidos**: Points to the 'Quantidade e Forma Farmacéutica' field.
- Ex.: 100 mg**: Points to the 'Dose por Unidade Farmacéutica' field.
- Ex.: 1 cp / 8 horas**: Points to the 'Prescrição' field.
- Data, assinatura podendo apor carimbo (dados do prescritor impresso), ou data, assinatura e nº de inscrição no Conselho Regional, mediante carimbo ou manuscrito**: Points to the date and signature fields in the 'IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE' section.
- Dados do comprador (preenchido pela farmácia/drogaria)**: Points to the 'IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR' section.
- Nome e endereço completo do paciente**: Points to the 'Paciente' name and address fields.
- Dados da Gráfica: nome, CNPJ e endereço**: Points to the 'Dados da Gráfica - Nome - Endereço Completo - CGC' field.
- Preenchimento da Farmácia ou Drogaria com identificação do estabelecimento mediante carimbo de identificação**: Points to the 'CARIMBO DO FORNECEDOR' section.
- Sequência numérica**: Points to the 'Numeração desta impressão de' field.

## PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO RECEITA AZUL B

- . A notificação de receita Azul B 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 Azul B**, 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.

**MEDICAMENTOS QUE NECESSITAM DA**  
**NOTIFICAÇÃO RECEITA AZUL B – LISTA REMUNE 2023**

- Alprazolam 1mg;
- Bromazepam 3mg;
- Clobazam 20mg;
- Clonazepam 2mg;
- Diazepam 10mg;
- Lorazepam 2mg;
- Nitrazepam 2mg.