



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP
SECRETARIA DE SAÚDE

COMUNICADO AO PRESCRITOR

O presente instrumento tem por finalidade garantir a educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover um intercâmbio de informações entre os profissionais conforme definido pelas políticas de saúde no SUS.

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.
- () 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 de emissão da receita, sem rasura.
- () Receita sem rasuras.
- () Receita de modo legível por extenso.
- () Duração do tratamento e quantidade do medicamento.
- () Preenchimento do formulário de dispensação conforme protocolo disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof.
- () Receita que acompanha as notificações das listas A1, A2, A3, B1 e B2.
- () Nome completo do paciente.

O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal 5991/73; Art. 52, § 2º da Portaria 344/98; Art. 3º da Lei 9787/98 e Art. 3º da Portaria SMS 08/13.

Maiores informações e dúvidas podem ser esclarecidas no endereço eletrônico: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof.

Certos de contarmos com a sua colaboração.

Farmácia US: _____ Dispensador: _____ Farmacêutico: _____ Telefone: _____



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP
SECRETARIA DE SAÚDE

COMUNICADO AO PRESCRITOR

O presente instrumento tem por finalidade garantir a educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover um intercâmbio de informações entre os profissionais conforme definido pelas políticas de saúde no SUS.

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.
- () 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 de emissão da receita, sem rasura.
- () Receita sem rasuras.
- () Receita de modo legível por extenso.
- () Duração do tratamento e quantidade do medicamento.
- () Preenchimento do formulário de dispensação conforme protocolo disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof.
- () Receita que acompanha as notificações das listas A1, A2, A3, B1 e B2.
- () Nome completo do paciente.

O não cumprimento do(s) item(ns) acima impede o aviamento da receita no Sistema Único de Saúde conforme Art. 35 da Lei Federal 5991/73; Art. 52, § 2º da Portaria 344/98; Art. 3º da Lei 9787/98 e Art. 3º da Portaria SMS 08/13.

Maiores informações e dúvidas podem ser esclarecidas no endereço eletrônico: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof.

Certos de contarmos com a sua colaboração.

Farmácia US: _____ Dispensador: _____ Farmacêutico: _____ Telefone: _____

