

# RECEITAS DE CONTROLE ESPECIAL E NOTIFICAÇÕES DE RECEITA

## ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO E CONFERÊNCIA



# Ficha Técnica

## Realização:

Adriana Swain Muller  
Coordenadora da Divisão de Vigilância Sanitária

## Organização:

Jeanine Maria Salve  
Gerente da Seção de Educação em Vigilância Sanitária

## Elaboração do Conteúdo:

Equipe Técnica da Seção de Produtos de Interesse à Saúde

- Juliane Marie Dal Poggetto Molinari Braido – Farmacêutica
- Patrícia Turqueto Azzoni – Farmacêutica
- Paula Karina Boldrin Gonçalves – Farmacêutica
- Thaís Cristiane Ferrari Borges Green – Farmacêutica

## Revisão:

Alinne Fernanda Patrícia Lopes dos Santos  
Gerente da Seção de Produtos de Interesse à Saúde

## Edição:

Sabrina Fernandes Vetrenka  
Assistente da Seção de Educação em Vigilância Sanitária

**2024**

## APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado pela Vigilância Sanitária do município de Jundiaí visando apoiar os profissionais de farmácias e drogarias na conferência e os prescritores de medicamento de controle especial no correto preenchimento das receitas de controle especial e notificações de receita.

O conteúdo deste material foi desenvolvido com base na Portaria SVS/MS nº 344/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

A legislação sanitária vigente define diferentes tipos de receitas para a prescrição médica de medicamentos. É de grande importância saber diferenciá-las e preenchê-las corretamente para que o uso do medicamento seja realizado de forma segura e racional, visando um tratamento adequado e evitando o risco de o paciente ter a sua receita negada pelas drogarias.

Acreditamos que o conhecimento é o melhor caminho para a mudança de práticas e que as informações contidas neste material são essenciais para prevenir e eliminar riscos à saúde.



A Portaria SVS/MS nº 344/1998 disciplina o comércio de medicamentos sujeitos a controle especial, como os psicotrópicos, entorpecentes, anorexígenos, anabolizantes, imunossuppressores, entre outros.

O Artigo 1º da Portaria SVS/MS nº 344/1998 define:



#### **Receita:**

Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado.

#### **Notificação de Receita:**

Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: entorpecentes (cor amarela), psicotrópicos (cor azul), e retinóides de uso sistêmico e imunossuppressores (cor branca).



A Notificação concernente aos dois primeiros grupos (entorpecentes e psicotrópicos) deverá ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina, no Conselho Regional de Medicina Veterinária ou no Conselho Regional de Odontologia; a concernente ao terceiro grupo (retinóides de uso sistêmico e imunossuppressores), exclusivamente por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

#### **Cadastro de Profissionais:**

Somente profissionais habilitados podem prescrever estas substâncias, como médicos, médicos veterinários e cirurgiões dentistas.



A Autoridade Sanitária é responsável pelo cadastro destes profissionais para o fornecimento do talonário de Notificação de Receita A e Notificação de Receita de Talidomida, bem como é responsável pela concessão de intervalo numérico para que o profissional providencie a confecção em gráfica da sua escolha da Notificação de Receita B e Notificação de Receita Especial Retinóides Sistêmicos.

O cadastro junto a Vigilância Sanitária para solicitação de talonário de Notificação de Receita ou do intervalo numérico para a confecção dos mesmos é feito pelo Balcão do Empreendedor, no Portal da Prefeitura de Jundiaí, exceto o cadastro para prescritor de Talidomida que é realizado pelo site da Vigilância Sanitária.

***A Receita de Controle Especial e Notificações de Receita deverão estar escritas de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura. A farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar, quando todos os itens estiverem devidamente preenchidos***

**O passo a passo para todas as solicitações está disponível na página [Receituário de Controle Especial](#) do site da [VISA](#).**

# OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL ESTÃO ORGANIZADOS EM LISTAS

Listas	Medicamentos	Receituário	Modelo
"A1" e "A2"	Entorpecentes	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	
"A3"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	
"B1" e "B2"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita B ou B2 (azul)	
"C2"	Medicamentos contendo substâncias retinóicas de uso sistêmico	Receita + Notificação de Receita Especial (branca)	
"C3"	Medicamentos a base de substâncias imunossupressoras	Receita + Notificação de Receita Talidomida (branca)	
"C1", "C4" e "C5"	C1: Outras substâncias sujeitas ao controle especial C4: Anti- retrovirais C5: Anabolizantes	Receita de Controle Especial (branca em duas vias)	

**A PORTARIA SVS/MS Nº 344/1998 DEFINE DE QUE FORMA DEVEM SER PRESCRITOS E DISPENSADOS OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL**

RECEITUÁRIO	LISTA	RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO TALONÁRIO	RECEITA DE OUTRO ESTADO	VALIDADE PARA AVIAR	QUANTIDADE MÁXIMA A SER PRESCRITA
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A - AMARELA	A1, A2, A3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	VALIDADE NACIONAL	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 30 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B - AZUL	B1	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 60 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2 - AZUL	B2	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL. NECESSÁRIO ESTAR ACOMPANHADA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	60 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL - BRANCA (RETINOIDE DE USO SISTÊMICO)	C2	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL. NECESSÁRIO ESTAR ACOMPANHADA DO TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO .	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO OU 7 DIAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 30 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL DE TALIDOMIDA	C3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	VALIDADE NACIONAL	20 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	30 DIAS
RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL EM DUAS VIAS - BRANCA	C1, C5	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL. APRESENTAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM 72 HORAS.	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 60 DIAS. PARA ANTIPARKINSONIANOS/ ANTICONVULSIVANTES TRATAMENTO PARA 180 DIAS

# COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A?

Sigla da Unidade da Federação e identificação numérica, conforme a sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome e endereço completo do paciente, e no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

Nome do profissional, endereço e sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação; ou nome da instituição e endereço completo.

Nome do medicamento ou da substância: prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

**A**

Data \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA

Nome: \_\_\_\_\_

Quantidade e Apresentação \_\_\_\_\_

Forma Farm. Concent. Unid. Posologia \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Assinatura do profissional que emitiu a receita.

Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Nome, endereço e CNPJ da gráfica, impressos no rodapé de cada folha do talonário.

# COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B?

Sigla da Unidade da Federação E identificação numérica, conforme a sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome e endereço completo do paciente, e no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

- Nome do profissional, endereço, sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação e telefone; ou nome da instituição, endereço completo e telefone.

Nome do medicamento ou da substância: prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_

**B**

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Data

Numeração desta Impressão: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional que emitiu a receita.

Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Nome, endereço e CNPJ da gráfica, impressos no rodapé de cada folha do talonário.

Numeração inicial e final concedidas ao profissional ou instituição e o número da Autorização para confecção de talonários emitida pela Vigilância Sanitária.

# COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS?

Sigla da Unidade da Federação  
E identificação numérica,  
conforme a sequência numérica  
fornecida pela Autoridade  
Sanitária competente do Estado  
e Município.

Nome do profissional, endereço,  
sua inscrição no Conselho  
Regional com a sigla da respectiva  
Unidade da Federação e telefone;  
ou nome da instituição, endereço  
completo e telefone.

Símbolo indicativo e  
frase obrigatórios.

Identificação completa do  
paciente

Assinalar conforme a  
substância prescrita.

Data da  
emissão

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)	
UF	NÚMERO
Data ____ de ____ de ____	
Assinatura do Prescritor	
Assinatura	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Paciente	
Idade	Sexo
Prescrição Inicial <input type="checkbox"/>	Subsequente <input type="checkbox"/>
Endereço	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	
Endereço	
Identidade No. _____	Órgão Emissor _____
Telefone _____	
Dados da Gráfica Nome - Endereço Completo - CGC	
ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	
Substância	 <b>GRAVIDEZ PROIBIDA!</b> Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto
<input type="checkbox"/> Isotretinoína	
<input type="checkbox"/> Tretinoína	
<input type="checkbox"/> Acitretina	
Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura	
Data	
Numeração desta Impressão de ____ até ____	

Assinatura  
do  
Prescritor

Nome completo, número  
do documento de  
identificação, endereço  
completo e telefone do  
comprador.

Assinalar conforme a  
situação da  
prescrição, se é inicial  
ou continuada do  
tratamento.

Nome e endereço completo,  
nome do responsável pela  
dispensação e data do  
atendimento.

Nome, endereço e  
CNPJ da gráfica,  
impressos no rodapé  
de cada folha do  
talonário.

Numeração inicial e final concedidas ao  
profissional ou instituição e o número  
da Autorização para confecção de  
talonários emitida pela Vigilância  
Sanitária.

# COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE RECEITA DE TALIDOMIDA?

Sigla da Unidade da Federação, identificação numérica, conforme a sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município e CID do paciente.

Símbolo indicativo e frase obrigatórios

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida		<b>ATENÇÃO</b>	"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
UF	NÚMERO		
CID			

<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b>	
Nome: _____	Nº. do Cadastro: _____
End.: _____	
Especialidade: _____	
C.P.F.: _____	C.R.M.: nº. _____ UF: _____
Data: _____	
Assinatura e Carimbo	

Dados do Prescritor

<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	Sexo: _____ Telefone (se houver): _____
Endereço: _____	
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

Dados do paciente e seu responsável se menor de idade.

<b>3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)</b>	
Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone (se houver): _____
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

Nome do medicamento ou da substância prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

<b>4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO</b>	
Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____	
Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg) _____	
Posologia: _____	
Tempo de tratamento: _____	
Outras orientações (se houver): _____	

Quantidade dispensada e identificação do RT Dispensador.

<b>5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO</b>	
Quantidade (Comprimidos.): _____	nº do lote: _____
Nome do Farmacêutico Dispensador: _____	CRF nº: _____
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico	
Data	

<b>6 - CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)</b>	
Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.	

Identificação do local que dispensou, como AMI, Farmácia Central ou outro.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora

Nome, endereço e CNPJ da gráfica, impressos no rodapé de cada folha do talonário.

# COMO PREENCHER CORRETAMENTE RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL?

Deverá ser preenchido em 02 vias, manuscrito ou informatizado, apresentando obrigatoriamente, em destaque, em cada uma das vias os dizeres "1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria " e "2ª VIA - Orientação Paciente".

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Dados do Prescritor

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_

1º Via - Farmácia  
2º Via - Paciente

Dados do paciente e seu responsável se menor de idade.

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Prescrição:** \_\_\_\_\_

Nome do medicamento ou da substância prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo / Assinatura

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

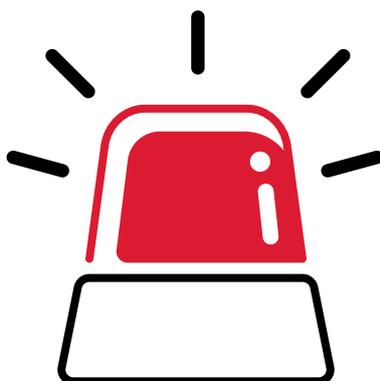
Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Em caso de emergência, poderá ser aviada ou dispensada a receita de medicamento a base de substâncias constantes nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações, em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente:

- O diagnóstico ou CID;
- A justificativa do caráter emergencial do atendimento, que se caracteriza por uma situação passível de colocar em risco, causar prejuízos ou comprometer a saúde e a vida do paciente;
- Data;
- Inscrição do prescritor no Conselho Regional de Classe;
- Assinatura devidamente identificada.

O estabelecimento que aviar ou dispensar a referida receita deverá anotar a identificação do comprador e apresentá-la à Autoridade Sanitária do Município, dentro de 72 (setenta e duas) horas, para visto.



## **Considerações finais**

A implementação dessas práticas é fundamental para assegurar a qualidade e a segurança do paciente.

Esperamos que esse material auxilie os profissionais a utilizar e dispensar os medicamento de controle especial com segurança.

Para mais informações consulte a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e Portaria nº 06/1999.

A Vigilância Sanitária está à disposição para esclarecer dúvidas e orientar a aplicação dessas diretrizes, pelo site [visa.jundiai.sp.gov.br](http://visa.jundiai.sp.gov.br), Fale Conosco.

**Obrigado por contribuir para a saúde da população!**