



RECEITA CORRETA É **SEGURANÇA**  
PARA O PACIENTE

The image displays two medical prescription forms side-by-side. Both forms have a header with a cross-in-a-circle icon and fields for 'NOME' and 'ENDEREÇO'. Below this is a 'PRESCRIÇÃO:' section. The left form contains a handwritten signature and the text 'A prescrição deve estar de acordo com a legislação vigente. A responsabilidade final é do farmacêutico!'. The right form contains the same text in a printed font. Both forms have fields for 'DATA' and 'ASSINATURA' at the bottom.

**EXIJA RECEITA LEGÍVEL**

**Curitiba, 31/10/2019**




# COMO DEVE SER UMA RECEITA?

## ITENS OBRIGATÓRIOS

- Dados do paciente
  - Nome;
  - Endereço residencial.
  - \* **antibióticos:** idade e sexo.
- Dados do prescritor
  - Nome;
  - Assinatura;
  - Endereço do consultório ou residência;
  - Número de inscrição no conselho profissional.

Nome do prescritor  
Endereço  
Registro Profissional  
CNPJ  
Especialidade

 NOME Nome completo  
Idade e Sexo

ENDEREÇO Rua, Número, Bairro, Cidade  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

DATA: xx/xx/2013

ASSINATURA:  
Assinatura e carimbo

# LEI FEDERAL 5991/1973

- Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.

# LEI FEDERAL 5991/1973

- Art. 35 - Somente será aviada a receita:
- a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, **por extenso** e de modo **legível**, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- b) que contiver o **nome** e o **endereço residencial** do paciente e, expressamente, o **modo de usar a medicação**;
- c) que contiver a **data** e a **assinatura** do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.

# FORMATO OBRIGATÓRIO

- Escrita a tinta;
- Em português;
- Sem abreviaturas;
- Legível;
- De acordo com a DCB;
- Sistema oficial de pesos e medidas;
- Modo de usar a medicação;
- Data;

# LEI ESTADUAL 13556/2002

- Art. 1º. Fica obrigatória a expedição de receitas médicas e odontológicas **digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa, forma ou caixa alta** nos postos de saúde da rede pública e nos consultórios médicos e odontológicos particulares.

Parágrafo único. Fica obrigatório na expedição de receitas médicas e odontológicas, de acordo com o disposto no *caput* deste artigo, a indicação do nome do medicamento genérico ao receitado.

# PORTARIA SVS/MS 344/1998

- Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

# RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL


RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL										
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo: .....</td></tr><tr><td>CRM ..... UF ..... Nº .....</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: .....</td></tr><tr><td>Cidade: ..... UF: .....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: .....	CRM ..... UF ..... Nº .....	Endereço Completo e Telefone: .....	Cidade: ..... UF: .....	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE										
Nome Completo: .....										
CRM ..... UF ..... Nº .....										
Endereço Completo e Telefone: .....										
Cidade: ..... UF: .....										
Paciente: .....										
Endereço: .....										
Prescrição: .....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>NOME: .....</td></tr><tr><td>Ident: ..... Órg. Emissor: .....</td></tr><tr><td>End: .....</td></tr><tr><td>Cidade: ..... UF: .....</td></tr><tr><td>Telefone: .....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	NOME: .....	Ident: ..... Órg. Emissor: .....	End: .....	Cidade: ..... UF: .....	Telefone: .....	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>.....</td></tr><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	.....	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR										
NOME: .....										
Ident: ..... Órg. Emissor: .....										
End: .....										
Cidade: ..... UF: .....										
Telefone: .....										
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR										
.....										
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____										



# NOTIFICAÇÕES DE RECEITA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA	
UF	NÚMERO	Assinatura do Emissor		Nome:	
Data ____ de ____ de ____				Quantidade e Apresentação	
Assinatura do Emissor		Assinatura do Emissor		Medicamento ou Substância	
Nome:		Assinatura do Emissor		Quantidade e Forma Farmacêutica	
Endereço:		Assinatura do Emissor			
Identidade Nº: ____ Órgão		Assinatura do Emissor			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço		Assinatura do Emissor			

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	
UF	NÚMERO	Assinatura do Emissor		Nome:	
Data ____ de ____ de ____				<input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acitretina	
Assinatura do Emissor		Assinatura do Emissor		Posologia	
Nome:		Assinatura do Emissor		 GRAVIDEZ PROIBIDA Riscos de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto	
Endereço:		Assinatura do Emissor			
Telefone:		Assinatura do Emissor			
Identidade Nº:		Assinatura do Emissor			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço		Assinatura do Emissor			

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:		Nome:	
Endereço:		Endereço:	
Identidade Nº: ____ Órgão Emissor: ____ Telefone: ____		Data ____/____/____	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CCG:		Numeração desta impressão de ____ até ____	

(2 Vias) 1ª Via Farmácia 2ª Via Médico

# TERMOS DE CONSENTIMENTO/RESPONSABILIDADE

## ANEXO XVI

**TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO  
PÓS-INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES QUE  
55 ANOS DE IDADE.**

  
**GRAVIDEZ PROIBIDA**  
Risco de graves defeitos no feto,  
nos ossos, no coração e no  
sistema nervoso do feto.

Eu, Dr. \_\_\_\_\_,  
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado \_\_\_\_\_, sob o número \_\_\_\_\_,  
sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_, do sexo ( ) masculino ( ) feminino,  
com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, residente na rua \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_ e telefone para contato \_\_\_\_\_, para quem estou indicando o produto:  
( ) Isotretinoína  
( ) Acitretina  
( ) Tretinoína

Com diagnóstico de \_\_\_\_\_

**Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:**

1 Informe ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado nenhuma outra pessoa.

**A Ser Preenchido Pelo Paciente**

Eu, \_\_\_\_\_, Carteira  
de identidade número \_\_\_\_\_, órgão Expedidor \_\_\_\_\_,  
residente na rua \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, e telefone para contato \_\_\_\_\_,  
recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendo as orientações prestadas.  
Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura \_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos: \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
R.G. do Responsável \_\_\_\_\_  
Data e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

(3 vias: 1ª paciente / 2ª médico / 3ª farmácia (A Ser Repassada ao Fabricante))

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR PARA USO DO MEDICAMENTO CONTENDO A SUBSTÂNCIA SIBUTRAMINA

Eu, Dr(a) \_\_\_\_\_, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado sob o número \_\_\_\_\_,  
sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_, do sexo \_\_\_\_\_,  
com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, para quem estou indicando  
o medicamento à base de SIBUTRAMINA.

Informe ao paciente que:

- O medicamento contendo a substância sibutramina:
  - Foi submetido a um estudo realizado após a aprovação do produto, com 10.744 (dez mil, setecentos e quarenta e quatro) pacientes com sobrepeso ou obesos, com 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais, com alto risco cardiovascular, tratados com sibutramina e observou-se um aumento de 16% (dezesseis por cento) no risco de infarto do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal, parada cardíaca ou morte cardiovascular comparados com os pacientes que não usaram o medicamento e
  - portanto, a utilização do medicamento está restrita às indicações e eficácia descritas no item 2, e respeitando-se rigorosamente as contraindicações descritas no item 3 e as precauções descritas no item 4.
- As indicações e eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas às seguintes restrições:
  - A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos de 5% (cinco por cento) a 10% (dez por cento) do peso corporal inicial acompanhado da diminuição de parâmetros metabólicos considerados fatores de risco da obesidade;
  - o medicamento deve ser utilizado como terapia adjuvante, como parte de um programa de gerenciamento de peso para pacientes obesos com índice de massa corpórea (IMC) > ou = a 30 kg/m<sup>2</sup> (maior ou igual à trinta quilogramas por metro quadrado), num prazo máximo de 2 (dois) anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física compatível com as condições do usuário.
- O uso da sibutramina está contra-indicado em pacientes:
  - Com índice de massa corpórea (IMC) menor que 30 kg/m<sup>2</sup> (trinta quilogramas por metro quadrado);
  - com histórico de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos outro fator de risco (i.e., hipertensão controlada por medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria);
  - com histórico de doença arterial coronariana (angina, história de infarto do miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório);
  - hipertensão controlada inadequadamente, > 145/90 mmHg (maior que cento e quarenta e cinco por noventa milímetros de mercúrio);
  - com idade acima de 65 (sessenta e cinco) anos, crianças e adolescentes;
  - com histórico ou presença de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia; ou
  - em uso de outros medicamentos de ação central para redução de peso ou tratamento de transtornos psiquiátricos.
- As precauções com o uso dos medicamentos à base de sibutramina exigem que:
  - Ocorra a descontinuidade do tratamento em pacientes que não responderem à perda de peso após 4 (quatro) semanas de tratamento com dose diária máxima de 15 mg/dia (quinze miligramas por dia), considerando-se que esta perda deve ser de, pelo menos, 2 kg (dois quilogramas), durante estas 4 (quatro) primeiras semanas; e
  - haja a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca durante todo o tratamento, pois o uso da sibutramina tem como efeito colateral o aumento, de forma relevante, da pressão arterial e da frequência cardíaca, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento.
- O uso da sibutramina no Brasil está em período de monitoramento do seu perfil de segurança, conforme RDC/ANVISA Nº 52 - OUTUBRO/2011.
- O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica durante o uso do medicamento.
- É responsabilidade de o médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
- Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato:

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pelo(a) paciente:

Eu, \_\_\_\_\_, Carteira de Identidade Nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_,  
residente na rua \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

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

A ser preenchido pela Farmácia de manipulação no caso de o medicamento ter sido prescrito com indicação de ser manipulado:

Eu, Dr(a) \_\_\_\_\_, registrado(a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado sob o número \_\_\_\_\_,  
sendo o responsável técnico da Farmácia \_\_\_\_\_, situada no endereço \_\_\_\_\_,  
sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo sibutramina para o paciente \_\_\_\_\_

Informe ao paciente que:

- Deve informar à farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e
- é responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
- Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato:

Assinatura e carimbo do (a) farmacêutico (a): \_\_\_\_\_ C.R.F.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (3 vias: 1ª paciente, 2ª - médico, 3ª - farmácia ou drogaria)

Termo de Responsabilidade em conformidade com a publicação do Diário Oficial da União de 10/10/2011.



# **OUTRAS NORMAS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

- Portaria SVS/MS 6/1999 – Instrução Normativa
- Lei Federal 9965/2000 – Anabolizantes
- Lei 13454/2017 – Anorexígenos
- Decreto Legislativo 273/2014 – Anorexígenos
- Resolução RDC 22/2014 – SNGPC
- Resolução RDC 58/2007 – Anorexígenos
- Resolução RDC 50/2014 – Anorexígenos
- Resolução RDC 133/2016 – Anorexígenos

# RESOLUÇÃO RDC 20/2011

- Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

# FARMACÊUTICO



Fonte: <https://marcioantoniassi.wordpress.com/2012/12/24/qual-via-da-receita-de-antibioticos-deve-ser-retida/#jp-carousel-3586>

# LEI FEDERAL 13021/2014

- Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- Art. 14. Cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos, visando a garantir a **eficácia e a segurança** da terapêutica prescrita, **observar os aspectos técnicos e legais do receituário**.

# LEI FEDERAL 5991/1973

- Art. 41 - Quando a dosagem do medicamento prescrito **ultrapassar os limites farmacológicos** ou a prescrição apresentar **incompatibilidades**, o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará **confirmação expressa** ao profissional que a prescreveu.

# PROBLEMAS ENCONTRADOS NAS RECEITAS

- Ilegíveis
- Rasuradas
- Em código
- Falta de informações obrigatórias
  - Paciente
  - Prescritor
  - Tratamento
- Em desacordo com a Portaria 344/1998
- Em desacordo com a RDC 20/2011 (antimicrobianos)



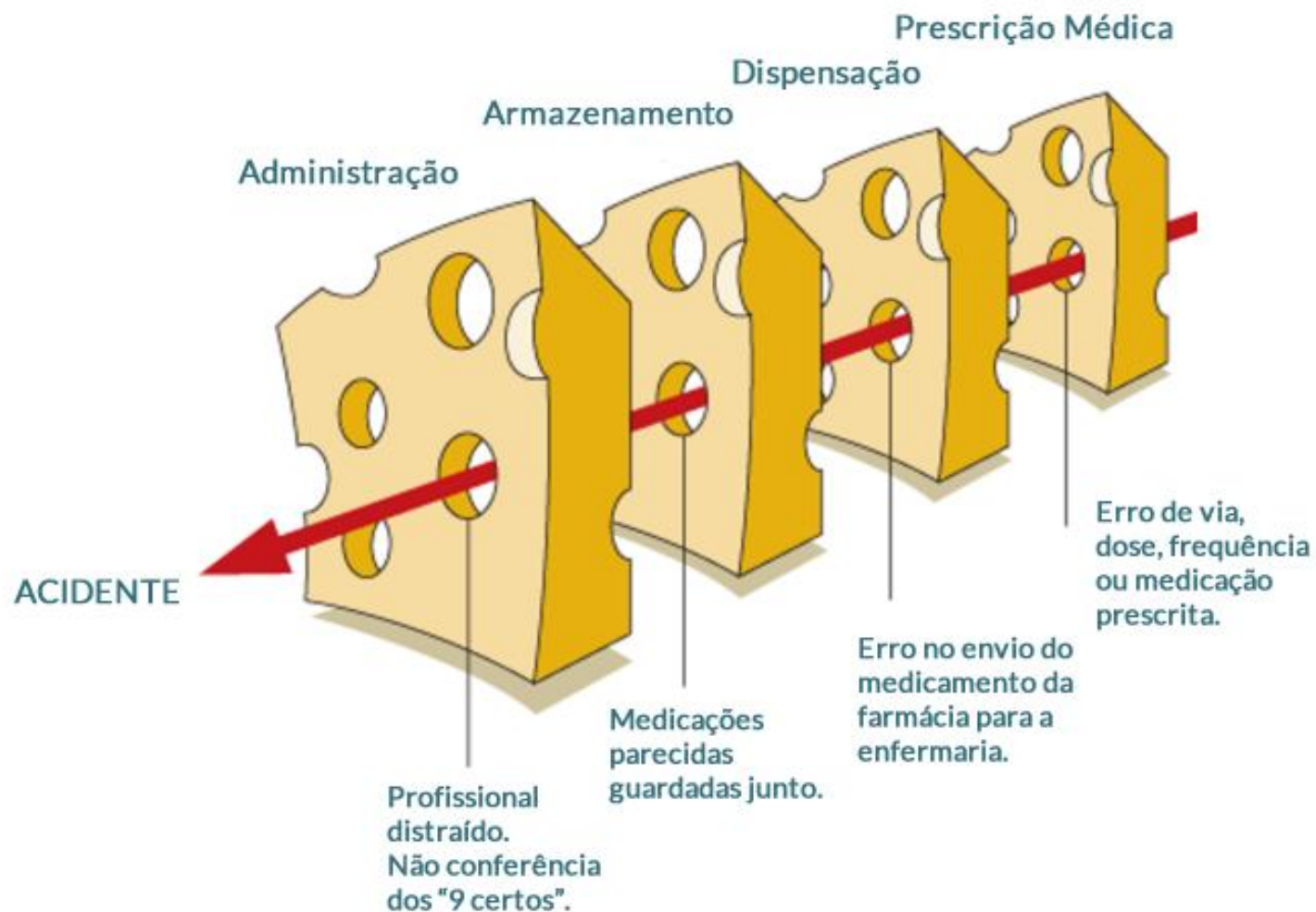
# PROBLEMAS ENCONTRADOS NAS RECEITAS

- Uso de expressões:
  - Usar como habitual
  - Usar como de costume
  - Uso contínuo
  - Uso indicado
  - Não parar

# RESPONSABILIDADE



# SEGURANÇA DO PACIENTE



# SEGURANÇA DO PACIENTE

- Receitas ilegíveis:
  - Troca de medicamentos
  - Uso de doses erradas
  - Uso de vias de administração não recomendadas
  - Uso por tempo incorreto





**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013**

***Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o [art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#) (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

Considerando o [art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde](#), que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Considerando o [art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#), que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando o [art. 8º, § 6º, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#), que confere ao Ministério da Saúde a competência para determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população;

Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

# PROTOCOLOS MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS\*

---

Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com  
FIOCRUZ e FHEMIG



# SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO

- **Uso de ponto e de vírgula:**
  - 0,5g/0.5g/05g/500mg
- **Uso de abreviaturas:**
  - Unidade Internacional: UI/IU/U
  - Via intramuscular e intravenosa: IM/IV
  - Microgramas e miligramas: µg/mg
- **Medicamentos de alta vigilância:**
  - Dupla verificação na dispensação
  - Identificação diferenciada (etiquetas)

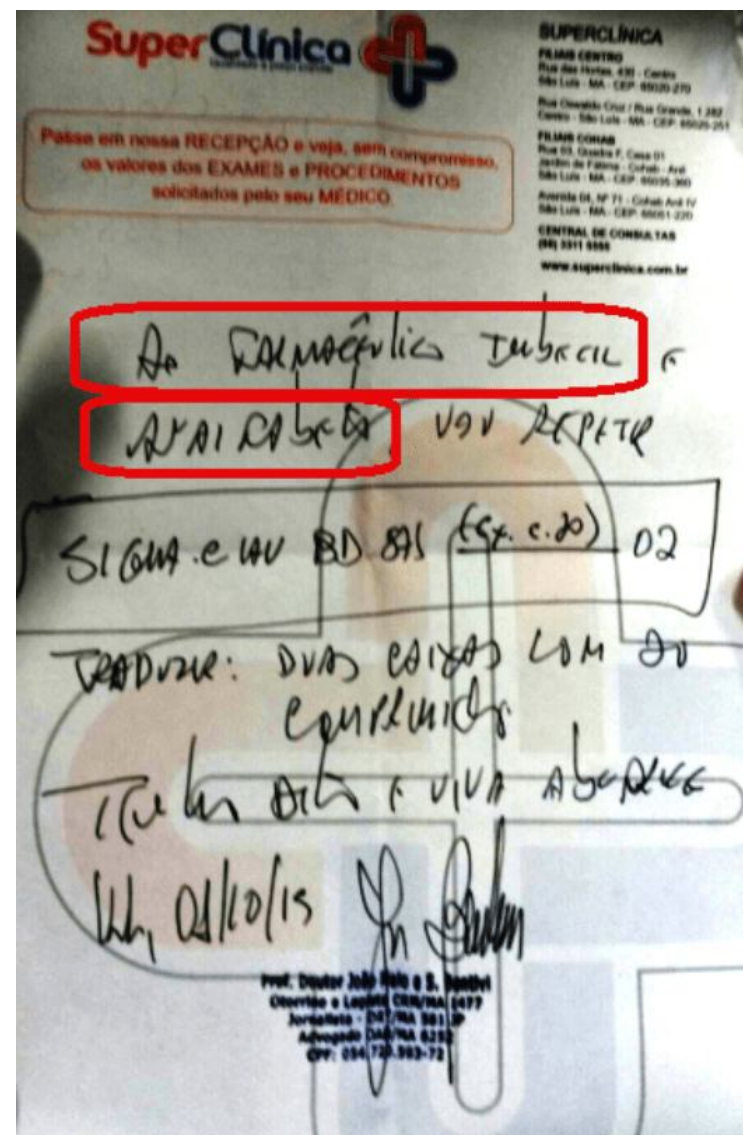
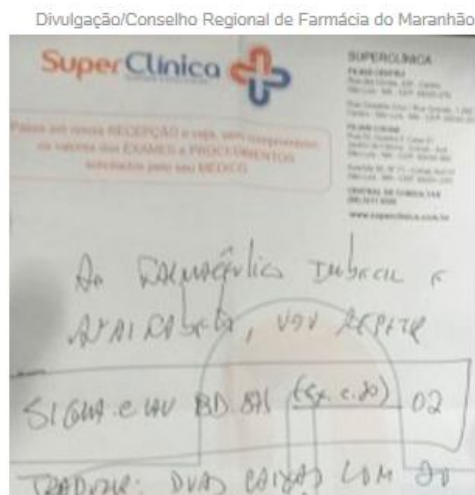


## Médico no MA xinga farmacêutico de "imbecil" e "analfabeto" em receita

Aliny Gama  
Colaboração para o UOL, em Maceió 07/10/2015 | 13h53 > Atualizada 07/10/2015 | 15h24



O médico otorrinolaringologista João Melo e Sousa Bentivi, que atua em São Luís (MA), xingou um farmacêutico de "imbecil" e "analfabeto" em uma receita médica porque o profissional não entendeu a prescrição da medicação escrita em forma ilegível quando o paciente do otorrino apresentou o receituário para comprar a medicação. Sem entender o que estava escrito, o farmacêutico pediu que o paciente retornasse ao médico para solicitar uma nova receita.







## JORNAL CORREIO DO POVO

# Surtado homem mata farmacêutico que não vendeu remédio controlado sem receita

13/07/2017 às 07:25 - por Henrique Romanini

 Legal

**GOL**

De: Maringá

---

Para: São Paulo - Guarulhos

R\$ 416,47\* [Compre já!](#)



Por volta das 17 horas desta quarta-feira (12), um homem de 29 anos identificado como Marcelo Gimenes Natel atirou em duas pessoas e matou uma delas na região do Jardim Atlântico, em Cianorte. Segundo informações da Polícia Militar, ele atirou contra a própria mãe, Armelinda Gimenes Natel, e saiu em uma Honda CG 125 de cor vermelha, de placa AGP - 6197, pelas ruas do bairro. Em seguida, foi até a Farmácia Atlântica, na Avenida Atlântica, e atirou na cabeça no dono do estabelecimento, Anderson Rodrigo Aníbal, de 29 anos. Segundo mostra o vídeo extraído

das câmeras de segurança do local, o suspeito parou do lado de fora do estabelecimento, jogou um cartucho da arma dentro da farmácia, e quando o dono foi até a porta para verificar do que se tratava foi instantaneamente atingido pelo tiro.

Após a verificação do vídeo, Policiais Civis que assumiram a investigação constataram que o crime não se deu por tentativa de assalto. Segundo informações de testemunhas, a vítima estava sozinha no momento do homicídio. O irmão de Anderson, que também trabalha na farmácia, chegou minutos depois e encontrou o corpo.

Diversas viaturas da Polícia Militar e Polícia Civil de Cianorte chegaram rapidamente ao local e isolaram a área. Familiares e amigos de Aníbal também foram ao local e ficaram muito abalados

Jones - Nasty  
 unit

---

Un at

8. Ethropine 28 gm  
 + 7 gm at 601

9. Methionine 24 gm  
 + 7 gm at 601  
 per 7 unit

10. Hydroxyzine 24 gm  
 + 5 gm at 601

SESAU / SERVIMED - 003

Fonte: [www.midiamax.com.br/cotidiano/2016/apesar-de-lei-estadual-garranchos-em-receitas-e-quase-regra-entre-medicos/](http://www.midiamax.com.br/cotidiano/2016/apesar-de-lei-estadual-garranchos-em-receitas-e-quase-regra-entre-medicos/)

Receituário

À Vossa

Exatidão e L. Dando Tzeta  
Veloz e 1 CPO



Crudo 26/09/19

Curitiba - PR



LEMO Felix R. 140-  
R. B. nome D. 140.  
72

800

on an  
city of name long -  
of ex.  
india

24918

to  
 2011

MAR 17



USO TOPICO

013

- 1- FRONTO GGN  
aplicar duas vezes  
na base da cabeça  
manter pelo menos
- 2- SAB. GEFARAL PVA  
TOLGRANIN 300mg  
manter a base pelo menos
- 3- GELADO SBU OU FPS 60 -  
aplicar de 30 horas por

10/10/19  
**AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**

Paciente: \_\_\_\_\_ Validade até 15 dias após a consulta

Data Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

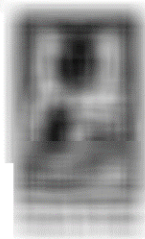
Portão, Curitiba/PR

1.

\* Minoxidil 100mg 300ml  
 Etilen glicol 100ml  
 Tm 0.1ml/ml

\* anis m...  
 Glicol 3...  
 Minoxidil - 3...  
 Gm - m...  
 Am... m...

Sumatx F230 100ml  
 am...  
 am... 3x1ml



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA - TAMANDARÉ  
SECRETARIA REGIONAL DE FARMÁCIA  
RUA LUIZ JOSÉ DE ALMEIDA, 100 - JARDIM  
ALMIRANTE TAMANDARÉ - FLORESTA - 13.130-000

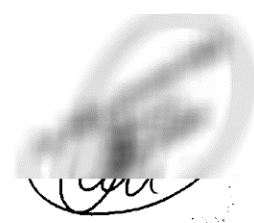
## RECEITUÁRIO

R. [illegible] Lm  
- 175

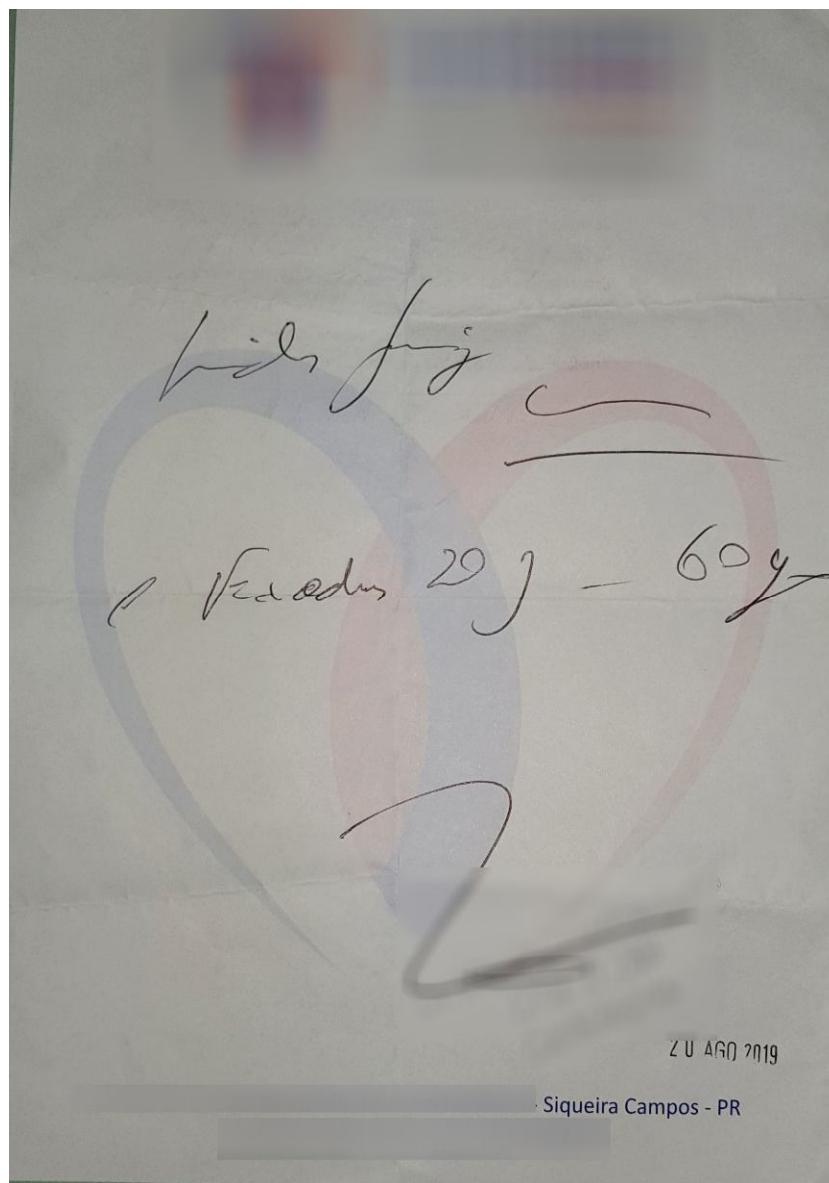
reint

O Imapa Entenda 75mg me  
+ 1 mg out.

07  
10  
2019



Almirante Tamandaré/Pr





RECEITUÁRIO PARA PÓS-PARTO

ETIQUETA

USO INTERNO

- 1) Sulfato ferroso \_\_\_\_\_ 120cp.  
*Tome 1 comprimido 30min. antes do almoço e jantar.*
- 2) Diclofenaco \_\_\_\_\_ 15cp.  
*Tome 1 comprimido de 8 em 8 horas por 5 dias.*
- 3) Dipirona \_\_\_\_\_ 20cp.  
*Tome 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.*

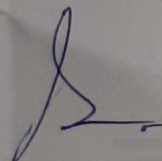
Apucarana, 19 de Set de 19

Beirica 20 — h.  
h. 27d

Indepm sk. 15 — 1  
h. 12h

Escrit 81 — 1/4  
h. 12d

\* Queiron 100 — 1  
1ul dea de 22 a 625



12/10/12

Ponta Grossa - PR -

Handwritten signature: *Handwritten signature*

Use with  
Levostin 100 mg

129

60V

Levodopa

24 ITM PDMV

06/10 ~~2/1~~

18517



# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
PR	2º R.S.
	MUNICÍPIO <u>Araucária</u>
	N.º A.P.

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância
<u>Uso oral</u>
Quantidade e Forma Farmacêutica
<u>2 x 150 mg</u>
Dose por Unidade Posológica
<u>150 mg</u>
Posologia
<u>2 x 150 mg</u>

20.12.12

AU

Assinatura do Emissor Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Endereço:	
Telefone:	
Identidade N.º:	Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor	Data

Válido somente no Estado do Paraná.

450 gts. *Flavobacterium* 2018  
*Amoxicilina* 250mg  
 Tome 7,5m/v.b. | 7  
 15  
 23  
 6 dias  
 Amoxicilina 250mg | 14-8  
 5m/v.b. 36/dia  
 Dipirona 9h | 15-7  
 30gts em lao de leite  
 O senhor é meu pastor, nada me faltará  
 TERRA RICA:





Conselho Regional de Farmácia  
do Estado do Paraná

[Home](#)[CRF-PR em Casa](#)[Eleições CRF-PR 2019](#)[Verificação - CRT Web](#)[Consulta Profissional](#)[Consulta Empresa](#)[Transparência](#)[Notícias](#)[Perguntas Frequentes](#)[Educação a Distância](#)[Institucional](#)[Quem Somos](#)[Missão, Visão e Valores](#)[Endereços](#)[Diretoria](#)[Conselheiros](#)[Grupos Técnicos de Trabalho](#)[Comissões](#)[Regimento Interno](#)

VOTA FARMACÊUTICO  
**ELEIÇÕES**  
CRF-PR 2019

**FALTAM 8 DIAS!**

**Eleições CRF-PR 2019**

**LANÇAMENTO**

RECEITA CORRETA É **SEGURANÇA**  
PARA O PACIENTE

Receita correta é segurança para o paciente

O FARMACÊUTICO  
em revista

AINDA MAIS DIGITAL

INTERAÇÃO  
MOVIMENTO  
FACILIDADE

Confira a nova edição da "O Farmacêutico em Revista"

FARMACÊUTICO  
NELE EU CONFIO

#CRFPRaVocê

CRF-PR+  
perto de você

GUARAPUAVA  
DIA 01/10  
8h30 às 12h e 13h às 17h

SECCIONAL SUDOESTE  
(FRANCISCO BELTRÃO)

SOMENTE ÀS QUARTAS-FEIRAS  
Horário de atendimento:  
8h30 às 11h30 e 13h30 às 17h

# CAMPANHA

- **Início** : 03 de outubro de 2019
- **Termino**: 31 de dezembro de 2019
- **Resultados**: 20 de janeiro 2020

# DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

- Quantidade
- Tipos de não conformidades
- Divulgação à sociedade
- Divulgação às autoridades



# REPRESENTAÇÃO

- Conselhos Profissionais;
- Vigilâncias Sanitárias;
- PROCON e
- Ministério Público.

# OBRIGADA!

Mirian Ramos Fiorentin

Presidente CRF-PR

[presidencia@crf-pr.org.br](mailto:presidencia@crf-pr.org.br)

Créditos: Jackson Carlos Rapkiewicz

