





Anexo I da PORTARIA 2.267/2015-SMS.G, de 11/12/2015
Formulário de Comunicado ao Prescritor
(substitui o ANEXO IV da Portaria 2267/2015)

  PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE	PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
	Unidade: _____ _____ Endereço: _____ _____ _____
FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR	
Prezado(a) prescritor(a): Esta receita está em desacordo com a Portaria SMS.G 82/2015, a Portaria SVS-MS 344/98 e a RDC Anvisa 20/2011 e suas atualizações. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo que estão em desacordo com esta portaria:	
<input type="checkbox"/> Não consta data de emissão <input type="checkbox"/> Não consta dosagem ou Concentração <input type="checkbox"/> Não consta duração do tratamento <input type="checkbox"/> Não consta o endereço do paciente (Portaria 344/98) <input type="checkbox"/> Não consta a forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Não consta a identificação da Unidade emitente <input type="checkbox"/> Não consta a identificação do prescritor <input type="checkbox"/> Prescrição ilegível <input type="checkbox"/> Medicamento não consta na Remume <input type="checkbox"/> Não consta formulário de Medicamento sob protocolo <input type="checkbox"/> Não consta denominação genérica <input type="checkbox"/> Notificação desacompanhada de receita (Port. 344/98) <input type="checkbox"/> Não consta a posologia <input type="checkbox"/> Prescrição com rasura e/ou emendas <input type="checkbox"/> Validade da receita expirada	
Obs: _____ _____ _____ _____	
Nome do dispensador: _____	
Assinatura: _____ Data: ____/____/____	

Anexo 5 da Portaria 82/2015-SMS.G, de 05/12/2015

Modelo de receituário padrão para utilização nas Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal.

  PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE	PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Unidade: _____	
RECEITUÁRIO - 1ª e 2ª Via	
<p>NOME: _____ IDADE: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____ SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p>	
São Paulo ____/____/____	_____ Assinatura e Carimbo do Prescritor
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia) Nome: _____ Endereço: _____ RG: _____ Tel.: _____	