



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



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 em 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 da emissão da receita, sem rasura.
- Receitas sem rasuras
- Receita de modo legível por extenso.
- Duração do tratamento e quantidade do medicamento
- 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 nº5991/1973; Art.52, §2º da Portaria 344/1998; Art. 3º da lei nº 9787/1999 e Capítulo II da Portaria 103/2024.

Maiores informações e dúvidas podem ser esclarecidas no endereço eletrônico da Assistência farmacêutica da SMS: farmácia@bauru.sp.gov.br.

Certos de contarmos com a sua colaboração.

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