

**ANEXO II
FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO GRÁFICO**

RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	FONE:
CNPJ:		
LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:		
CADASTRO/CREDENCIAMENTO SANITÁRIO:		VALIDADE:
NOME DO RESPONSÁVEL:		
ENDEREÇO:		
E-MAIL:		
BAIRRO:	CIDADE:	FONE:
CPF:	RG:	ÓRGÃO EMISSOR:
TIPO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: A () B () B2 () C2 () C3 ()		
DATA:		

Assinatura do responsável pela Gráfica (igual documento oficial)

RECEBIDO EM:
RECEBIDO POR:

**ANEXO III
TERMO DE COMPROMISSO DE ESTABELECIMENTO GRÁFICO**

Eu, _____, CPF: _____ responsável pela gráfica _____, CNPJ: _____, firmo o presente termo de compromisso de só confeccionar talonários de Notificação de Receita cumprindo o estabelecido na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 ou outra que venha a substituí-la, bem como de cumprir as determinações da Vigilância Sanitária.

Brasília, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável pela Gráfica

RECEBIDO EM:
RECEBIDO POR:

**ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE CADASTRO E CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTO GRÁFICO**

Declaramos que a Gráfica _____ CNPJ: _____, encontra-se devidamente Cadastrada e Credenciada junto à Vigilância Sanitária do Distrito Federal, sob o número _____, para realizar a impressão de talonários de Notificações de Receita A, B, B2, Notificação de Receita Especial para Talidomida e Notificação de Receita Especial para Retinóicos, conforme arte gráfica aprovada.

Brasília, _____ de _____ de _____

Gerência de Medicamentos e Correlatos
Gerente

**ANEXO V
MODELO DO CARIMBO PARA REGISTRO DA IMPRESSÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

NOME DA GRÁFICA/ CNPJ Numeração Impressa de: _____ a _____ Data da impressão: ____/____/_____ Responsável: _____

**ANEXO VIII
FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES PÚBLICAS
DISPENSADORAS DE TALIDOMIDA**

Nº credenciamento:	
Informações da Unidade Pública Dispensadora:	
Nome da Unidade:	
Nome do Diretor Responsável:	
Endereço completo:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
E-mails	Unidade: _____ Diretor: _____
Nome do Farmacêutico Responsável:	
nº CRF: _____	
Nome do Farmacêutico Substituto:	
nº CRF: _____	
Critérios para credenciamento:	
A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Deve possuir todos os documentos necessários ao seu funcionamento. • Deve possuir licença sanitária atualizada. • Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida. • Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida. • As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes. 	
Credenciada?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Observações:	
Autoridade Sanitária Competente:	
Nome do responsável pelo credenciamento:	
Nº do registro funcional:	
Local e data:	

Carimbo e Assinatura do responsável pelo credenciamento	

**ANEXO IX
FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE PRESCRITORES DE
TALIDOMIDA**

Nº cadastro:	
Informações do médico prescriptor:	
Nome:	
Especialidade: _____	Nº CRM: _____
E-mail: _____	
Endereço residencial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
Endereço comercial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.	
Local e data:	

Carimbo e Assinatura do médico	
Autoridade Sanitária competente:	
Nome do responsável pelo cadastramento:	
Nº do registro funcional:	

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento	

ANEXO X
FORMULÁRIO PARA SUBSTITUIÇÃO DO LIVRO DE REGISTRO ESPECÍFICO
PELO SISTEMA INFORMATIZADO

SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DOS LIVROS DE REGISTRO
ESPECÍFICO PELO SISTEMA INFORMATIZADO

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Chefe do Núcleo de Inspeção

.....(razão social),
abaixo assinado, vem, pelo presente, requerer a Vossa Senhoria a substituição dos
Livros de Registro Específico, escriturados manualmente, pelo sistema informatizado.
Para tanto, apresenta os modelos impressos de relatórios de acordo com a legislação
em vigor e presta as seguintes informações:

CADASTRO FISCAL GDF n°
NOME DO ESTABELECIMENTO:
RAMO DE ATIVIDADE:
LICENÇA SANITÁRIA:
ENDEREÇO:
TELEFONE: E-mail:
RESPONSÁVEL TÉCNICO:
INSCRIÇÃO NO CRF/DF CPF
IDENTIDADE ÓRGÃO EXPEDIDOR

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Brasília, de de 20__.

Responsável Técnico

ANEXO XI
FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE SISTEMA INFORMATIZADO PARA
ESCRITURAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o sistema informatizado a ser adotado pela empresa
.....,
localizada à, terá as
seguintes características:

1. Nome do Programa _____
2. Versão _____
3. Empresa responsável pela elaboração _____

O programa será dotado dos seguintes recursos:

- Opções de consulta () Sim () Não
- Emissão de Relatórios () Sim () Não
- Produção de cópias de segurança () Sim () Não
- Restauração dos dados () Sim () Não
- Sistema de segurança que impeça a modificação dos dados () Sim () Não
- Outros:

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Brasília, de de 20__.

Responsável Técnico

**ANEXO XII
TERMO DE ABERTURA DE LIVRO DE REGISTRO ESPECÍFICO- SISTEMA
INFORMATIZADO**

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Núcleo de Inspeção _____**

**TERMO DE ABERTURA - LIVRO DE REGISTRO ESPECÍFICO
SISTEMA INFORMATIZADO**

Registro pelo Sistema Informatizado de
(medicamentos/substâncias)

Lista(s)
Período
Empresa.....
Endereço
Inscrição Estadual
Responsável Técnico

Brasília,dede 20__.

Chefe do Núcleo de Inspeção

**ANEXO XIII
TERMO DE ENCERRAMENTO DE LIVRO DE REGISTRO ESPECÍFICO-
SISTEMA INFORMATIZADO**

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Núcleo de Inspeção _____**

**TERMO DE ENCERRAMENTO - LIVRO DE REGISTRO ESPECÍFICO
SISTEMA INFORMATIZADO**

Registro pelo Sistema Informatizado de
(medicamentos/substâncias)

Lista (s)
Período
N.º de páginas escrituradas
Empresa
Endereço
Inscrição Estadual
Responsável Técnico.....

Brasília,dede 20__.

Chefe do Núcleo de Inspeção

**ANEXO XIV
MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "A"**

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>UF _____ NÚMERO _____</p> <p align="center">A</p> <p>Data ____ de ____ de ____</p> <p>Paciente _____</p> <p>Assinatura do Emitente _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>_____</p>	<p>ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA</p> <p>Nome: _____</p> <p>Quantidade e Apresentação _____</p> <p>Forma Farm. Concent. Alim. Posologia _____</p>
<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____</p>		<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <p>Nome _____</p> <p>Data ____/____/____</p>

Dados da gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, N.º do credenciamento

Numeração impressa de a - Série

**ANEXO XV
MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO		Quantidade e Forma Farmacêutica
B		Paciente: _____	Dose por Unidade Posológica
de _____ de _____			Endereço: _____
Assinatura do Emitente		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	CARIMBO DO FORNECEDOR
		Nome: _____	Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____ Numeração impressa: de a - Série:
		Endereço: _____	
		Telefone: _____	
		Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____	
Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, N.º do Credenciamento			

**ANEXO XVI
MODELO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B" PARA VETERINÁRIOS**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicação ou Substância
UF	NÚMERO		Quantidade e Apresentação
B		Nome: _____	Forma Farm./Concentração por Unidade
Espécie: _____			Raça: _____
Porte: _____		Proprietário: _____	_____ de _____ de 19 ____
Endereço: _____		Endereço: _____	
Assinatura do Emitente		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIDADE DO FORNECEDOR
		Nome: _____	Nome _____ Data ____/____/____ Veterinário C.R.M.V.
		Endereço: _____	
		Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____	
		Telefone: _____	
Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, N.º do credenciamento		Numeração Impressa: De a - Série:	

**ANEXO XVII
MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B2"**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO		Quantidade e Forma Farmacêutica
B2		Paciente: _____	Dose por Unidade Posológica
de _____ de _____			Endereço: _____
Assinatura do Emitente		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	CARIMBO DO FORNECEDOR
		Nome: _____	Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____ Numeração Impressa: De a - Série:
		Endereço: _____	
		Telefone: _____	
		Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____	
Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, N.º do credenciamento			

**ANEXO XVIII
MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL PARA RETINÓICO**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	 GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nos olhos, no coração e no sistema nervoso do feto.
UF	NÚMERO		Nome	
Data ____ de ____ de ____		Paciente: _____	<input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acetretina	
Assinatura			Idade _____ Sexo _____	
		Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>	Posologia	
		Endereço: _____	Nome _____ Data ____/____/____	
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
		Nome: _____		
		Endereço: _____		
		Identidade N.º: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, N.º do Credenciamento Numeração Impressa: De a - Série:	

**ANEXO XIX
MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL PARA TALIDOMIDA**

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA</p> <p>UF _____ NÚMERO _____</p> <p>Data ____ de ____ de ____</p> <p>CID _____</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE</p> <p>Nº DA UNIDADE: _____</p> <p>Nº DA INSC.PROG.: _____</p> <p>DATA DE INSCRIÇÃO: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Especialidade: _____ C.R.M.: _____</p> <p>C.P.F.: _____</p> <p align="center">Assinatura do Emissor/Carimbo</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO</p> <p>TALIDOMIDA(100 mg)</p> <p>Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em comprimidos: _____ dose diária _____ mg.</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Sexo: _____ Fone: () _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____</p>	<p>DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO</p> <p>Quantidade (Comp.) _____</p> <p>Nome do Dispensador: _____</p> <p>Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico</p> <p align="center">/ /</p> <p align="center">Data da Dispensação</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO)</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Fone: () _____</p> <p>Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor: _____</p>	<p align="center">Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde</p>

Dados da Gráfica, Nome, endereço, CNPJ e nº do credenciamento Numeração impressa: De a Série:

**ANEXO XX
SOLICITAÇÃO PARA FINALIZAÇÃO DE INVENTÁRIO NO SNGPC**

Brasília, ____ de _____ de _____
Ao Núcleo de Inspeção _____



Carimbo do estabelecimento CNPJ e endereço

Eu _____, CRF: _____ responsável técnico(a) pelo estabelecimento acima qualificado, Telefone _____, E-mail _____, venho por meio desta solicitar a autorização para finalização de inventário de medicamentos sob controle especial abrangidos pela Portaria 344/1998 SVS/MS e suas atualizações e de medicamentos antimicrobianos abrangidos pela RDC 20/2010 e suas atualizações, pelo seguinte motivo:

JUSTIFICATIVA:

ÁREA DE PREENCHIMENTO PRIVATIVO DA AUTORIDADE SANITÁRIA

Autorização para finalização do inventário concedida em ____/____/____.

Autoridade Sanitária: _____ Matrícula: _____