

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTA TÉCNICA Nº 001/2026<br/>SEMSA / GAB / CPMA</b>                    | <b>ASSUNTO:</b> Procedimentos padronizados para prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial.                                                                                                                                                                       |
| <b>Data:</b> 14/07/2026                                                   | <b>OBJETIVO:</b> Orientar os profissionais médicos quanto aos procedimentos adequados para prescrição de <b>medicamentos sujeitos a controle especial, conforme legislação sanitária vigente, assegurando padronização, segurança, rastreabilidade e conformidade técnica.</b> |
| <b>Local:</b> Autazes – AM                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Destinatários:</b> Médicos da Rede Municipal de Saúde de Autazes – AM. |                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## CONSIDERANDOS

Considerando a necessidade de padronização dos procedimentos de prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial, de modo a garantir segurança ao paciente, rastreabilidade, regularidade documental e conformidade com a legislação sanitária vigente.

Considerando que a **Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998**, aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e define modelos de receituários, notificações e controles específicos para as listas constantes da norma.

Considerando que as farmácias públicas e privadas devem observar rigorosamente as normas federais aplicáveis à dispensação de medicamentos controlados, incluindo retenção de documentos, conferência de dados obrigatórios e controle técnico-farmacêutico.

Considerando que esta Nota Técnica possui carácter informativo, orientador e padronizador, sem finalidade interpretativa, fiscalizadora ou punitiva, visando uniformizar práticas assistenciais no âmbito municipal.

**Considerando que é obrigatório que cada médico possua seus próprios talonários de receituário e/ou notificações, devidamente identificados, numerados e compatíveis com o tipo de prescrição exigido pela legislação sanitária vigente.**

## QUADRO 1 - TIPOS DE RECEITUÁRIO E SUAS ESPECIFICAÇÕES

### MODELOS DE RECEITA E NOTIFICAÇÕES DE RECEITA

#### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A

Formulário de Notificação de Receita A (Amarelo). Campos: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), Data de Emissão, Validade, Assinatura do Médico, Assinatura do Farmacêutico.

#### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

Formulário de Notificação de Receita B (Azul). Campos: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), Data de Emissão, Validade, Assinatura do Médico, Assinatura do Farmacêutico.

#### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2

Formulário de Notificação de Receita B2 (Azul). Campos: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR (Nome, Endereço, Cidade, UF), Data de Emissão, Validade, Assinatura do Médico, Assinatura do Farmacêutico.

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Formulário de Receita de Controle Especial. Campos: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE (Nome Completo, CRM, UF, Nº, Endereço Completo e Telefone, Cidade, UF), 1ª VIA FARMÁCIA, 2ª VIA PACIENTE, Paciente, Endereço, Prescrição, IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR (Nome, End, Org. Emissor, Cidade, UF, Telefone), IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR (Assinatura do Farmacêutico).

| <u>Tipo de Receituário</u> | <u>Cor</u> | <u>Listas da Portaria 344/98</u> | <u>Validade</u> | <u>Quantidade Permitida</u>   | <u>Princípios Ativos Permitidos</u> |
|----------------------------|------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Notificação A              | Amarela    | A1, A2, A3                       | 30 dias         | Tratamento para 30 dias       | 1 princípio ativo                   |
| Notificação B              | Azul       | B1, B2                           | 30 dias         | B1: até 60 dias / B2: 30 dias | 1 princípio ativo                   |
| Receita C1                 | Branca     | C1                               | Até 60 dias     | Até 60 dias                   | Até 3 princípios ativos             |

**É obrigatório que cada médico utilize seus próprios talonários de receituário e/ou notificações, devidamente identificados, numerados e compatíveis com o tipo de prescrição exigido pela legislação sanitária vigente. Receituários que não atendam a essas exigências não serão aceitos, impossibilitando a dispensação do medicamento ao paciente.**

## QUADRO 2 - REGRAS DE COMPOSIÇÃO E PREENCHIMENTO

| <u>Item</u>             | <u>Regras Técnicas</u>                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mistura de medicamentos | Não é permitido misturar medicamentos controlados com não controlados na mesma receita.                                                                                                                                |
| Rasuras                 | Não são permitidas rasuras ou alterações manuais.                                                                                                                                                                      |
| Assinatura              | Deve ser legível e permitir a identificação do CRM/RMS.                                                                                                                                                                |
| Carimbo                 | Obrigatório em todas as vias, quando aplicável ao modelo utilizado.                                                                                                                                                    |
| Receita digital         | Deve conter certificação digital válida, autenticação e mecanismos de verificação, conforme normas sanitárias vigentes.                                                                                                |
| CID                     | Recomendado quando aplicável e necessário à justificativa clínica.                                                                                                                                                     |
| Talonnário              | <b>Deve ser próprio, numerado e correspondente ao tipo de notificação exigido. É obrigatório que cada médico possua seus próprios talonnários, devidamente identificados e compatíveis com a prescrição realizada.</b> |

## QUADRO 3 - QUANTIDADES PERMITIDAS POR TIPO DE RECEITUÁRIO

| <u>Tipo de Receita</u>               | <u>Exemplo: 1</u><br><u>comprimido/dia</u> | <u>Exemplo: 2</u><br><u>comprimidos/dia</u> | <u>Exemplo: 3</u><br><u>comprimidos/dia</u> |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Notificação A<br>(Amarela) – 30 dias | 30 comprimidos                             | 60 comprimidos                              | 90 comprimidos                              |
| Notificação B1<br>(Azul) – 60 dias   | 60 comprimidos                             | 120 comprimidos                             | 180 comprimidos                             |
| Notificação B2<br>(Azul) – 30 dias   | 30 comprimidos                             | 60 comprimidos                              | 90 comprimidos                              |
| Receita C1<br>(Branca) – até 60 dias | 60 comprimidos por princípio ativo         | 120 comprimidos por princípio ativo         | 180 comprimidos por princípio ativo         |

## QUADRO 4 - LIMITES DE PRINCÍPIOS ATIVOS

| Receituário | Quantidade Máxima de Princípios Ativos |
|-------------|----------------------------------------|
| Amarela (A) | 1 princípio ativo                      |
| Azul (B)    | 1 princípio ativo                      |
| C1 (Branca) | Até 3 princípios ativos                |

## QUADRO 5 - EXEMPLOS DETALHADOS DE PRESCRIÇÃO

**Exemplo 1 – Notificação Amarela (A):** paciente em uso de Metilfenidato (A3), 2 comprimidos ao dia. Validade: 30 dias. Cálculo: 2 comprimidos × 30 dias = 60 comprimidos. Permitido: sim. Observação: não pode incluir outro medicamento na mesma receita.

**Exemplo 2 – Notificação Azul (B1):** paciente em uso de Clonazepam (B1), 1 comprimido ao dia. Validade: 60 dias. Cálculo: 1 comprimido × 60 dias = 60 comprimidos. Permitido: sim. Observação: apenas 1 princípio ativo.

**Exemplo 3 – Receita C1 (Branca):** paciente em uso de Sertralina 50 mg, 1 comprimido ao dia; Pregabalina 75 mg, 2 comprimidos ao dia; e Zolpidem 10 mg, 1 comprimido ao dia. Cálculo para 60 dias: Sertralina 60 comprimidos; Pregabalina 120 comprimidos; Zolpidem 60 comprimidos. Permitido: sim, por conter até 3 princípios ativos controlados. Observação: não pode incluir medicamentos não controlados.

## REFERÊNCIAS LEGAIS E TÉCNICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Normas vigentes sobre prescrição, dispensação e rastreabilidade de medicamentos sujeitos a controle especial.
- BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica e demais normas profissionais aplicáveis.



## DISPOSIÇÕES FINAIS

**Esta Nota Técnica tem carácter informativo, orientador e padronizador**, sem finalidade interpretativa, fiscalizadora ou punitiva. As orientações aqui apresentadas devem ser observadas pelos profissionais médicos da rede municipal e privada de Autazes, sem prejuízo da aplicação das normas sanitárias federais, estaduais e municipais vigentes.

Entra em vigor na data de sua publicação, **14 de julho de 2026**.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** RAINER ELTON FIGUEIREDO DA SILVA  
Data: 14/07/2026 08:00:00-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**RÁINER ELTON FIGUEIREDO DA SILVA**  
Secretário Municipal de Saúde de Autazes/AM  
Portaria nº 005, 02/01/2025

Autazes – AM, 14 de julho de 2026