



CEVISA COMUNICA

01/2026

Prezados (as) Farmacêuticos (as) do Município de Fortaleza,

Informamos que, em decorrência da Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 1.000, de 11 de dezembro de 2025**, que dispõe sobre os requisitos de controle aplicáveis às Notificações de Receita, Receitas de Controle Especial e Receitas sujeitas à retenção emitidas em meio eletrônico, foram estabelecidos **novos modelos** destinados à prescrição de medicamentos controlados.

Os modelos atualizados podem ser consultados na página do Sistema Nacional de Controle de Receituários (SNCR).¹

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NUMERO: <input type="text"/> B	NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPEJ ou ONES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
DATA: _____	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR	NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	
PACIENTE: _____	<small>*SEMELHANTE À GRÁFICA, COM O ENDEREÇO COMPLETO</small>	
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____		

¹ <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados/snrcr/modelos-de-receituarios>



<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>NÚMERO: B2</p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPF ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p>	<p>PRESCRIÇÃO</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:</p> <p><small>*NOME DA GRÁFICA, CPF E ENDEREÇO COMPLETO</small></p>	

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS**

NÚMERO: _____

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPF ou CNES +
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE


IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
ENDEREÇO COMPLETO:
TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CPF E ENDEREÇO COMPLETO

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:
CONCENTRAÇÃO:
FORMA FARMACÊUTICA:
QUANTIDADE:
POSOLOGIA:



GRAVÍDEZ PROIBIDA
Uso de grávidas, defensores
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto.

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>NÚMERO: A</p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPF ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p>	<p>PRESCRIÇÃO</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:</p> <p><small>*NOME DA GRÁFICA, CPF E ENDEREÇO COMPLETO</small></p>	



RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF

TELEFONE (opcional)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

PRESCRIÇÃO

DATA:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:



Esclarecemos que os receiptuários impressos até 12 de fevereiro de 2026 permanecem válidos por tempo indeterminado.

Ressaltamos, ainda, que a numeração no formato antigo também continua válida por prazo indeterminado, coexistindo ambos os formatos para fins de dispensação.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais por meio do e-mail: **farmacia.cevisa@sms.fortaleza.ce.gov.br**.

Atenciosamente,

Fortaleza, data da assinatura digital.

Élide Flávia. P. Landim
Assessora Técnica da Célula de Vigilância Sanitária - CEVISA

Referendado por;

Assinatura digital
Eline Saraiva Silveira Araújo
Gerente da Célula de Vigilância Sanitária – CEVISA



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número SHF5NNWJ

Para conferir o original, acesse o site <https://assineja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o malote 5193328 e código SHF5NNWJ

Para validar a assinatura digital, acesse o site do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação: <https://validar.iti.gov.br/>

ASSINADO POR: