

 	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

## 1. OBJETIVO:

Padronizar e descrever como deve ser o procedimento de dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial realizada pelas farmácias da Prefeitura Municipal de São Sebastião.

## 2. ÁREA DE APLICAÇÃO:

Esse procedimento se aplica aos farmacêuticos (as) e aos técnicos de farmácia atuantes nas farmácias das unidades de saúde do município.

## 3. RESPONSABILIDADE:

Essa atividade é de supervisão do farmacêutico e de responsabilidade dos farmacêuticos (as) e técnicos de farmácia.

## 4. PROCEDIMENTO:

Esse procedimento se aplica para a dispensação dos medicamentos contidos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), que fazem parte da **Portaria da Secretária de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde N° 344, de 12 de maio de 1998.**

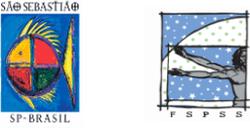
A dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial listados nas legislações acima e suas atualizações devem seguir de forma geral o formato de dispensação geral conforme disposto no item 4.1. Devendo obedecer em prioridade ao disposto nas legislações específicas da classe desses medicamentos.

### 4.1 Dispensação geral

Acolher o usuário;

Receber a prescrição médica/odontológica e verificar se todos os campos estão devidamente preenchidos conforme legislação vigente:

- Legibilidade e ausência de rasuras e emendas; carimbo do médico e registro no respectivo conselho.

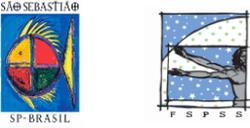
	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

- Identificação do usuário;
  - Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
  - Modo de usar ou posologia;
  - Duração do tratamento;
  - Local e data de emissão; e
  - Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no específico conselho profissional.
- Se for identificado algum dos problemas descritos acima, o prescritor deve ser contatado para esclarecê-lo, caso não seja possível o contato com o prescritor, o formulário de comunicado ao prescritor deve ser preenchido. Disponível em POP de **dispensação de medicamentos**.
1. Separar todos os medicamentos a serem dispensados e registrar no verso da receita a quantidade aviada, data do fornecimento e assinatura do responsável pelo atendimento;
  2. Conferir detalhadamente com o paciente cada medicamento que está sendo fornecido e suas respectivas quantidades.
  3. Proceder com todas as orientações necessárias dentro do âmbito da atenção farmacêutica. Orientar sobre administração, armazenamento, posologia, efeitos adversos e quaisquer dúvidas que possam surgir como demanda do paciente.

## 4.2 Regras de dispensação

### 4.2.1 Notificações de receita

A notificação de receita acompanhada de receita autoriza a dispensação de medicamentos contidos nas listas, A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicas); C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

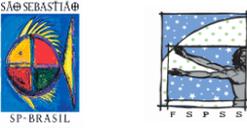
	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

Essas notificações devem ser preenchidas de forma legível contendo todas as informações já citadas neste documento e a quantidade deve ser em algarismos arábicos e por extenso, sem emendas ou rasuras.

As notificações de receita deverão estar com todos os dados devidamente preenchidos conforme contido no Art. 36 da portaria nº 344/98. Com todos os dados impressos (sigla da Unidade da Federação, identificação numérica, sequência numérica fornecida pela autoridade sanitária. Identificação do emitente, do usuário, do medicamento, deverá conter a data de emissão, identificação do comprador, do fornecedor, identificação completa da gráfica responsável pela emissão da notificação).

**Notificação de Receita “A”** – Ela possui cor amarela, será válida por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão e valerá em todo território nacional, deverá ser acompanhada de receita médica.

- As farmácias deverão apresentar num prazo de 72 horas à Autoridade Sanitária local as notificações provenientes de outras unidades federativas para averiguação e visto.
- A Notificação de receita “A” poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, poderá conter quantidade correspondente à no máximo 30 (trinta) dias de tratamento.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> UF: <b>MG</b> NÚMERO: <b>02 000000</b> <b>A</b> Data ___ de ___ de ___ Assinatura do Emitente _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> DR. JOSÉ NONONONONO CRM-MG: XXXXX Avenida Nononono, XX Sala XX Bairro Centro - Belo Horizonte - MG Telefone: (11)1111-1111 Paciente: _____ Endereço: _____	<b>MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</b> _____ <b>QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA</b> _____ <b>DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA</b> _____ <b>POSOLOGIA</b> _____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> Nome _____ Data ____/____/____	

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CNPJ

Notificação de Receita "A" - Amarela

**Notificação de Receita “B”** – Ela possui a cor azul e será validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão, terá validade nacional e deverá ser acompanhada de receita médica.

- A Notificação de Receita “B” poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, poderá conter quantidade correspondente a 60 (sessenta) dias de tratamento.

<b>NOTIFICAÇÃO DA RECEITA</b> UF: _____ NÚMERO: _____ <b>B</b> _____ de _____ de _____ Assinatura do Emitente _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> _____ Paciente: _____ Endereço: _____	<b>Medicamento ou Substância</b> _____ <b>Quantidade e Forma Farmacêutica</b> _____ <b>Dose por Unidade Posológica</b> _____ <b>Posologia</b> _____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____		<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b> Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____	

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Numeração desta Impressão de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

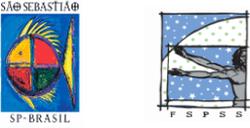
Notificação de Receita "B" - Azul

 	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>			Código PMSS-07
	<b>FARMÁCIAS</b>			Versão nº 002
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

**Notificações de Receita “C2” e “C3”** – As farmácias da Prefeitura Municipal de São Sebastião não realizam a dispensação de medicamentos da lista C3 (imunossupressores). A dispensação de retinóicos de uso sistêmicos se dá via protocolo do Estado e as exigências de prescrição, documentos e exames segue protocolo próprio.

**Receita de Controle Especial** – A Receita de Controle Especial será válida em todo o Território Nacional, deverá ser preenchida em duas vias, e deverá conter obrigatoriamente os dizeres: “1ª via – Retenção da Farmácia ou Drogaria” e “2ª via – Orientação ao Paciente”.

- A validade da Receita de Controle Especial será de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão para os medicamentos à base substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) e “C5” (anabolizantes) da portaria 344/98.
- As farmácias deverão apresentar num prazo de 72 horas à Autoridade Sanitária local as notificações provenientes de outras unidades federativas para averiguação e visto.
- A retenção da Receita de Controle Especial deve ser realizada da 1ª via da prescrição e a 2ª via deverá ser devolvida.
- Essas receitas assim como já descrito deste documento acima deverão ter todos os campos devidamente preenchidos (identificação completa do emitente, identificação completa do usuário, nome do medicamento de acordo com o padrão comum brasileiro, data da emissão, assinatura e identificação do médico prescritor).
- A Receita de Controle especial poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, poderá conter quantidade correspondente a 60 (sessenta) dias de tratamento.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>			Código PMSS-07
	<b>FARMÁCIAS</b>			
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

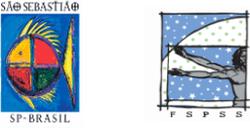
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Nome Completo: _____</td> </tr> <tr> <td>CRM: _____</td> <td>UF: _____ Nº: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Endereço Completo e Telefone: _____</td> </tr> <tr> <td>Cidade: _____</td> <td>UF: _____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Nome Completo: _____		CRM: _____	UF: _____ Nº: _____	Endereço Completo e Telefone: _____		Cidade: _____	UF: _____	<div style="text-align: center;">1ª VIA FARMÁCIA</div> <div style="text-align: center;">2ª VIA PACIENTE</div>								
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE																			
Nome Completo: _____																			
CRM: _____	UF: _____ Nº: _____																		
Endereço Completo e Telefone: _____																			
Cidade: _____	UF: _____																		
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Nome: _____</td> </tr> <tr> <td>Ident: _____</td> <td>Org. Emissor: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">End: _____</td> </tr> <tr> <td>Cidade: _____</td> <td>UF: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefone: _____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Nome: _____		Ident: _____	Org. Emissor: _____	End: _____		Cidade: _____	UF: _____	Telefone: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="height: 50px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR				ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR																			
Nome: _____																			
Ident: _____	Org. Emissor: _____																		
End: _____																			
Cidade: _____	UF: _____																		
Telefone: _____																			
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR																			
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____																			

**Receita de Controle Especial**

As dispensações dos medicamentos de que trata este documento devem ser registradas no verso de todas as vias da Receita de Controle Especial e Notificação de Receita. Deverá ser anotada a quantidade aviada, número do lote do(s) medicamento(s), e identificação completa do comprador/usuário que retirou a medicação (nome completo, documento de identificação, endereço completo e número de telefone).

As prescrições por cirurgiões dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas quanto para uso veterinário e odontológico, respectivamente, logo a dispensação deve atender a esse mesmo critério.

Em casos de emergência poderá ser aviada Receita de Controle Especial e Notificações de Receita do que trata este documento em papel não privativo da instituição ou do profissional em caráter de emergência. Deverá conter obrigatoriamente: o diagnóstico ou CID, a justificativa do caráter emergencial da prescrição, além de todos os dados obrigatórios para uma prescrição: identificação

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

completa do emitente, paciente, comprador e todos os dados do medicamento conforme já descrito deste documento. A farmácia deverá apresentar a receita à Autoridade Sanitária dentro de 72 (setenta e duas) horas, para visto.

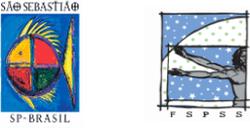
Os medicamentos **antiparkinsonianos** e **anticonvulsivantes** embora tenham um limite de até 6 meses para prescrição, fica **recomendado** um limite máximo de 2 (meses) para dispensação, uma vez que, fatores como quantidade de estoque de medicamento e validade dos medicamentos podem influenciar na quantidade de medicamento a ser dispensada.

#### 4.3 Armazenamento e guarda

As substâncias de que tratam a portaria 344/1998 e todas as suas atualizações devem ser armazenadas e guardadas obrigatoriamente sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para esse fim, sob a responsabilidade do farmacêutico.

**Tabela de quantidades máximas**

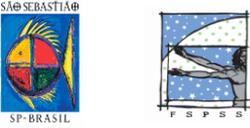
Receitas	Listas	Validade	Quantidade Máxima	Quantidade Máxima por receita
Notificação de Receita "A"	A1; A2; A3	30 dias – Válido em todo território Nacional	30 dias de tratamento ou 5 (cinco) ampolas	1 (um) medicamento ou substância
Notificação de Receita "B"	B1	30 dias – Válido em todo território Nacional	30 dias de tratamento ou 5 (cinco) ampolas	1 (um) medicamento ou substância

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-07
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

Receita de Controle Especial	C1; C5; (adendos das listas A1; A2; B1).	30 dias – Válido em todo território Nacional	60 dias de tratamento ou 5 (cinco) ampolas	3 (três) medicamento s ou substâncias
------------------------------------	--	---	--	--

#### 4.4 Disposições finais e transitórias

Não poderão ser dispensadas receitas com o prazo de validade vencido de acordo com o procedimento descrito neste documento. É vedada a devolução dos medicamentos que constam este documento e legislação por parte do paciente, uma vez, dispensados medicamentos desta classe de medicamentos não podem ser devolvidos, a não ser que seja por problemas de desvio de qualidade.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>			Código PMSS-07
	<b>FARMÁCIAS</b>			Versão nº 002
Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026		
<b>Assunto: Dispensação de psicotrópicos</b>				

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de agosto de 2009.

<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>				
<b>Desenvolvido por: Coordenação de Farmácia</b>	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Aprovado por:</b>				
_____			Data: ____ / ____ / ____	
<b>Responsável Técnico</b>				