

### 3) PROTOCOLO DE EMISSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE RECEITUÁRIOS MÉDICOS

Os processos relacionados a renovações de licenciamentos sanitários competentes à Agência Estadual de Vigilância em Saúde do Estado de Rondônia (AGEVISA/RO), deverão ser encaminhados para avaliação, oficial e formalmente, via e-mail ([gvisaprotocolopvh@gmail.com](mailto:gvisaprotocolopvh@gmail.com)) com a protocolização da documentação mínima exigida, no formato **PDF**, da documentação básica para licenciamento, assinada pelo Responsável Legal da instituição e pelo Responsável Técnico, contendo os documentos comprobatórios necessários, abaixo relacionados:

#### FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO, DISTRIBUIDORAS DE MEDICAMENTOS, DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAÚDE (CORRELATOS) E INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS

Documentação necessária	Inicial/Concessão	Renovação
Requerimento Padrão da GTVISA, devidamente preenchido e assinado	X	X
DARE e comprovante de pagamento ( <b>não será aceito comprovante de agendamento</b> )	X	X
Cópia do RG e CPF do Responsável Legal	X	EM CASO DE ALTERAÇÃO
Cópia da Inscrição Estadual e CNPJ	X	X
Certificado de Regularidade do Responsável Técnico junto ao conselho de classe atualizado	X	X
Alvará de Localização da Empresa	X	X
Cópia do contrato social registrado na Junta Comercial	X	EM CASO DE ALTERAÇÃO
Cópia do RG, CPF e Carteira do Conselho de Classe do Responsável Técnico	X	X
Declaração se manipula ou não substâncias de controle especial, antibióticos, hormônios e/ou cistostáticos	X	X
Manual de Boas Práticas de Transporte e Armazenamento	X	EM CASO DE ALTERAÇÃO
Cópia de autorização de Funcionamento de empresa (AFE e/ou AE)	---	X
Licença Sanitária – <b>Última - CÓPIA</b>	---	X
Parecer <b>APROVADO</b> do projeto arquitetônico	X	---
Declaração de que não houve alteração no fluxo funcional e/ou área construída		X
Roteiro de Auto declaração farmácia de manipulação ( <b>Assinar todas as folhas e datar</b> )	X	X

## REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

### I – Notificação de Receita: LISTA “A” / COR AMARELA.

A Instituição, o Profissional ou a VISA Municipal deve efetuar o seu cadastro e preencher a Requisição da Notificação de Receita, que permite a retirada dos talonários. Os documentos devem ser enviados via e-mail do Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos (NMF) ([medicamentos.gtvisa.ro@gmail.com](mailto:medicamentos.gtvisa.ro@gmail.com)):

- PARA INSTITUIÇÃO

a) Ficha Cadastral de Instituição, assinada e carimbada pelo Diretor Clínico ou Diretor Geral da Instituição; <b>ANEXO 1</b>
b) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), da instituição;
c) Carteira de Identidade Médica (CRM) do diretor;
d) Comprovante de endereço da Instituição;
e) Relação de todos os profissionais que irão utilizar o receituário com o número do CRM, em papel timbrado;
f) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado pelo Diretor Clínico ou Diretor Geral cadastrado.

- PARA PROFISSIONAIS / PESSOA FÍSICA

a) Ficha Cadastral de Médico, assinada e carimbada pelo médico; <b>ANEXO 2</b>
b) Carteira de Identidade Médica do Estado de Rondônia (CRM/RO);
c) Comprovante de residência;
d) Certidão de Inscrição no Conselho de Classe (Emitida online);
e) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado.

- PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

a) Ficha de Cadastro para Vigilância Sanitária Municipal, assinada e carimbada pelo diretor da VISA; <b>ANEXO 3</b>
b) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado pelo Diretor da VISA.

OBS.: a quantidade de números liberados está de acordo com o anexo 7.

**OBS. 1:** Conforme o Decreto N° 24.871, DE 16 DE MARÇO DE 2020, o atendimento e o acesso ao público nas edificações do âmbito do Poder Executivo estão restritos. Portanto, após realizar o cadastro, a Instituição, o Profissional e VISA devem entrar em contato com o NMF para marcar um horário para retirada dos talonários, na sede da AGEVISA, localizada na Av. Farquar, 2986 – Complexo Rio Jamari/2º Andar - Bairro: Pedrinhas - Porto Velho/RO.

**OBS. 2:** Caso um terceiro for retirar os talonários na sede da AGEVISA, o regulado deve autorizar, no ofício de solicitação de Notificação de Receita. O Ofício deve conter, também, o RG e CPF da pessoa autorizada. Ao retirar os talonários, esse deve apresentar os documentos, para comprovação.



## II – Notificação de Receita: LISTAS “B1” e “B2” / COR AZUL (psicotrópicos); LISTA “C2” / COR BRANCA (retinóides de uso sistêmico)

A Instituição, o Profissional ou a VISA Municipal deve efetuar o seu cadastro e preencher a Requisição da Notificação de Receita, que permite a retirada da numeração para confeccionar os talonários. Os documentos devem ser enviados via e-mail do Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos (medicamentos.gtvisa.ro@gmail.com):

- PARA INSTITUIÇÃO

a) Ficha Cadastral de Instituição, assinada e carimbada pelo Diretor Clínico ou Diretor Geral da Instituição; <b>ANEXO 1</b>
b) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), da instituição;
c) Carteira de Identidade Médica (CRM) do diretor;
d) Comprovante de endereço da Instituição;
e) Relação de todos os profissionais que irão utilizar o receituário com o número do CRM, em papel timbrado;
f) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado pelo Diretor Clínico ou Diretor Geral cadastrado (deve ser preenchido toda vez que solicitar nova numeração). <b>ANEXO 4</b>

- PARA PROFISSIONAIS / PESSOA FÍSICA

a) Ficha Cadastral de Médico, assinada e carimbada pelo médico; <b>ANEXO 2</b>
b) Carteira de Identidade Médica do Estado de Rondônia (CRM/RO);
c) Comprovante de residência;
d) Certidão de Inscrição no Conselho de Classe (Emitida online);
e) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado (deve ser preenchida toda vez que vier solicitar nova numeração). <b>ANEXO 5</b>

- PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

a) Ficha de Cadastro para Vigilância Sanitária Municipal, assinada e carimbada pelo diretor da VISA; <b>ANEXO 3</b>
b) Ofício para solicitação de Notificação de Receitas, assinado e carimbado pelo Diretor da VISA (deve ser preenchido toda vez que solicitar nova numeração). <b>ANEXO 6</b>

OBS.: a quantidade de números liberados está de acordo com o anexo 7.

## III – Notificação de Receita: TALIDOMIDA (Resolução Nº 11, de 22 de março de 2011)

Para ter acesso aos talonários de Notificação de Receita de Talidomida, o prescritor deve cadastrar junto a autoridade sanitária como Prescritor de Talidomida, independente de já possuir cadastro para as outras notificações, de acordo com as determinações contidas nos Artigo 13 e Artigo 24 da Resolução RDC 11/2011. Deve também levar o carimbo contendo nome e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), que será apostado na respectiva ficha cadastral na presença da autoridade sanitária competente (RESOLUÇÃO Nº 11, DE 22 DE MARÇO DE 2011, Art. 24).



No ato da entrega do talonário de Notificação de Receita de Talidomida, a autoridade sanitária competente deve apor o carimbo do prescriptor no campo "identificação do emitente" em todas as folhas do talonário (RDC nº 11, Art. 25);

PARA PROFISSIONAIS / PESSOA FÍSICA

a) Formulário para cadastramento dos prescritores de talidomida, assinada e carimbada pelo médico; <b>ANEXO 8</b>
b) Carteira de Identidade Médica do Estado de Rondônia (CRM/RO);
c) Comprovante de endereço residencial e/ou do consultório próprio

**Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos (NMF)**  
**Gerencia Técnica de Vigilância Sanitária (GTVISA)**  
**Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA/RO**  
**Av. Farquar, 2986 – Complexo Rio Jamari/2º Andar - Bairro: Pedrinhas**  
**Porto Velho – RO - CEP: 76.804-470. Tel.: (069) 3216-5354/5454**



**ANEXO 1 – FICHA CADASTRAL DE INSTITUIÇÃO**



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
NÚCLEO DE MEDICAMENTOS E FARMACOLÓGICOS

**FICHA CADASTRAL/INSTITUIÇÃO**

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome do Diretor Clínico ou Diretor Geral: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contatos: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

PORTO VELHO, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_.



ANEXO 2 – FICHA CADASTRAL DE MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
NÚCLEO DE MEDICAMENTOS E FARMACOLÓGICOS

FICHA CADASTRAL/MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço residencial:

\_\_\_\_\_

Inscrição no conselho Regional N°:

UF:

FONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

PORTO VELHO, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.



**ANEXO 3 – FICHA DE CADASTRO PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL**



Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA/RO  
Gerência Técnica de Vigilância Sanitária - GTVISA  
Núcleo de Medicamentos e Produtos para a Saúde – NMPS

*Ficha de Cadastro para Vigilância Sanitária  
Municipal*

INFORMAÇÕES GERAIS

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Nome da Vigilância Sanitária Municipal:</b>
<b>Cargo do Responsável pela Vigilância Sanitária:</b>
<b>Nome do Responsável pela Vigilância Sanitária:</b>
<b>Endereço completo da Vigilância Sanitária:</b>
<b>E-mail da Vigilância Sanitária:</b>
<b>E-mail do responsável pela Vigilância Sanitária:</b>
<b>Contato da Vigilância Sanitária:</b>
<b>Contato do Responsável pela Vigilância Sanitária:</b>

---

ASSINATURA E CARIMBO



**ANEXO 4 – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITAS - INSTITUIÇÃO**



Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA/RO  
Gerência Técnica de Vigilância Sanitária - GTVISA  
Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos – NMF

*Ofício para solicitação de Notificação de  
Receitas*

Ofício Nº: \_\_\_\_\_

Instituição (nome): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Venho por intermédio deste, solicitar ao Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos GTVISA/AGEVISA RO, o intervalo de numeração de Notificação de Receita do tipo:

- B1 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- B2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- RETINÓIDES C2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_

Obs.: Somente marcar o tipo de notificação que o profissional fará uso.

Sem mais,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020.

*Sem o devido preenchimento com todas as informações, não será possível o atendimento desta solicitação pelo NMF.*



ANEXO 5 – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITAS - MÉDICO



Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA/RO  
Gerência Técnica de Vigilância Sanitária - GTVISA  
Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos - NMF

*Ofício para solicitação de Notificação de  
Receitas*

Ofício Nº: \_\_\_\_\_

Dr (nome) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CRM/RO: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Venho por intermédio deste, solicitar ao Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos GTVISA/AGEVISA RO, o intervalo de numeração de Notificação de Receita do tipo:

- B1 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- B2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- RETINÓIDES C2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_

Obs.: Somente marcar o tipo de notificação que o profissional fará uso.

Sem mais,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020.

*Sem o devido preenchimento com todas as informações, não será possível o atendimento desta solicitação pelo NMF.*

**ANEXO 6 – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITAS - VISA**



Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA/RO  
Gerência Técnica de Vigilância Sanitária - GTVISA  
Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos – NMF

***Ofício para solicitação de Notificação de  
Receitas***

Ofício Nº: \_\_\_\_\_

Instituição (nome): \_\_\_\_\_

Diretor (a) da VISA: \_\_\_\_\_

Venho por intermédio deste, solicitar ao Núcleo de Medicamentos e Farmacológicos GTVISA/AGEVISA RO, o intervalo de numeração de Notificação de Receita do tipo:

- B1 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- B2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_
- RETINÓIDES C2 ( ) Quantidade \_\_\_\_\_

**Obs.: Somente marcar o tipo de notificação que o profissional fará uso.**

Sem mais,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020.

***Sem o devido preenchimento com todas as informações, não será possível o atendimento desta solicitação pelo NMF.***



**ANEXO 7** – Quantidade permitida pelo NMF, para dispensação de receita - VISA

	<b>Notificação de Receita Amarela – Tipo “A1”, “A2” e “A3”</b>	<b>Notificação de Receita Azul – Tipo “B1”</b>	<b>Notificação de Receita Azul – Tipo “B2”</b>	<b>Notificação de Receita Branca – Tipo “C2” - Retinóides</b>
<b>VISA situada em município com população inferior ou igual a 30 mil habitantes</b>	Até 20 talões, com 20 folhas	Intervalo numérico sequencial de até 1.500 números	Intervalo numérico sequencial de até 500 números	Intervalo numérico sequencial de até 500 números
<b>VISA situada em município com população superior a 30 mil habitantes e inferior ou igual a 50 mil habitantes</b>	Até 50 talões, com 20 folhas cada	Intervalo numérico sequencial de até 2.500 números	Intervalo numérico sequencial de até 1.000 números	Intervalo numérico sequencial de até 1.000 números
<b>VISA situada em município com população superior a 50 mil habitantes</b>	Até 250 talões, com 20 folhas cada.	Intervalo numérico sequencial de até 10.000 números	Intervalo numérico sequencial de até 2.000 números	Intervalo numérico sequencial de até 2.000 números



**ANEXO 8 – FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE TALIDOMIDA**

**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE  
TALIDOMIDA**

(De acordo com a RDC nº 11/2011)

Nº do cadastro:	
<b>Informações do Médico Prescritor</b>	
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.	
_____, _____ de _____ de _____.	
_____ Carimbo e assinatura do médico prescritor	
<b>Autoridade Sanitária Competente</b>	
Responsável pelo cadastramento:	
Nº do registro funcional:	
_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento	