

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL  
RETINÓIDES SISTÊMICOS  
ELETRÔNICA**

N.º

**EMITENTE**

NOME DO MÉDICO:

INSCRIÇÃO NO CRM / UF:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

**PACIENTE**

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

**PRESCRIÇÃO**

NOME DO MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:



**GRAVIDEZ PROIBIDA**  
Risco de graves defeitos  
na face, nas orelhas, no  
coração e no sistema  
nervoso do feto.

IDENTIFICAÇÃO DA PLATAFORMA

REGISTRO DA ASSINATURA DIGITAL E DATA

VALIDE ESSA ASSINATURA EM [validar.iti.gov.br](https://validar.iti.gov.br)

ESTA PRESCRIÇÃO PODE SER VERIFICADA EM:

VERIFIQUE A NUMERAÇÃO E REGISTRE A UTILIZAÇÃO DESTA PRESCRIÇÃO EM [sncr.anvisa.gov.br](https://sncr.anvisa.gov.br)

