



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



**INFORME TÉCNICO SEFMED N. 11**

**Assunto:** Instrução para Cadastro e Retirada de Talonários junto a Visa (SEFMED)

Os prescritores (médicos, dentistas e médicos veterinários) e instituições que necessitem retirar numeração para confecção de Notificação de Receita B (azul para Benzodiazepínicos), Notificação de Receita B2 (azul para Anorexígenos), de Notificação de Receita C2 (Retinóides) e/ou talonário de Notificação de Receita A (notificação amarela), devem proceder conforme descrito abaixo.

O SEFMED, através da GVISA, como órgão integrante do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, esclarece que elaborou este informe com base nas legislações sanitárias vigentes e no Código Sanitário do Município de Campo Grande.

(Este informe poderá ser atualizado conforme necessidade identificada pela autoridade sanitária).

Última atualização: Setembro/2025

**\* PARA PROFISSIONAL MÉDICO (PESSOA FÍSICA)**

**DOCUMENTOS** PARA RETIRADA DE:

**TALONÁRIOS A (AMARELO)**

E

**NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO DE RECEITUÁRIOS**

**B (Benzodiazepínicos), B2 (Anorexígenos) e C2 (Retinóides)**

- 1. PREENCHIMENTO DA FICHA CADASTRAL** (disponível no setor ou podemos enviar por e-mail) COM RECONHECIMENTO DE ASSINATURA EM CARTÓRIO QUANDO O PROFISSIONAL SOLICITAR QUE TERCEIRO FAÇA A RETIRADA DO TALÃO (orientações para terceiro abaixo).
- 2. CÓPIA DO CRM/CRO/CRMV** com nº do RG e CPF.
- 3. CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO** DO CONSULTÓRIO/LOCAL DE TRABALHO OU RESIDENCIAL (Não é aconselhado colocar o endereço residencial no Receituário Azul, pois este sairá impresso na notificação).
- 4. REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA** (tem que retirar no setor **SEFMED** da vigilância).
- 5. CARIMBO DO MÉDICO.**
- 6. CARIMBO DO MÉDICO para TALONÁRIO A com as seguintes informações:** Nome completo, CRM, Endereço completo (rua, nº, cidade/UF) e Telefone(s) do Consultório/local de trabalho do profissional (conforme preconizado na Portaria nº 344 de 12/05/98, artigo 36, letra c).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



**ORIENTAÇÕES** PARA ENTREGA **A TERCEIROS** DE: **TALONÁRIOS A (AMARELO)**  
E  
NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO DE RECEITUÁRIOS  
**B (Benzodiazepínicos), B2 (Anorexígenos) e C2 (Retinóides)**

- Estar devidamente Autorizado pelo profissional prescritor. (modelo **ANEXO I** e/ou **ANEXO II**)
- Estar munido do documento de identificação pessoal (RG).
- Apresentar os talões anteriores com os canchotos preenchidos e a requisição “**DO ÚLTIMO TALONÁRIO AMARELO**” devidamente **CARIMBADO E ASSINADO** pelo profissional prescritor no campo: **ASSINATURA DO REQUISITANTE**.
- **PORTAR O CARIMBO DO PROFISSIONAL PRESCRITOR** (conforme item 6).
- Assinar na presença da autoridade sanitária o Termo de Compromisso de recebimento do talonário e o Livro com a numeração concedida e **Bater o carimbo** do Profissional em **todas as folhas** do **talonário amarelo**.
- **PORTAR O CARIMBO DO PROFISSIONAL PRESCRITOR.**
- Assinar na presença da autoridade sanitária o campo específico da requisição da notificação de receita (Assinatura e Carimbo com CRM/CRO/CRMV) o recebimento do talonário ou da numeração concedida.

**\* PARA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO (PESSOA JURÍDICA)**

**DOCUMENTOS** PARA RETIRADA DE: **TALONÁRIOS A (AMARELO)**  
E  
NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO DE RECEITUÁRIOS  
**B (Benzodiazepínicos), B2 (Anorexígenos) e C2 (Retinóides)**

1. **PREENCHIMENTO DA FICHA CADASTRAL** (disponível no setor ou podemos enviar por e-mail) COM RECONHECIMENTO DE ASSINATURA EM CARTÓRIO QUANDO O PROFISSIONAL SOLICITAR QUE TERCEIRO FAÇA A RETIRADA DO TALÃO (orientações para terceiro abaixo).
2. **RELAÇÃO COMPLETA DO CORPO CLÍNICO** (Nome e nº. do CRM/CRO/CRMV) **ESTA RELAÇÃO DEVERÁ SER ATUALIZADA E APRESENTADA SEMPRE QUE VIEREM PEGAR NOVOS TALÕES** (modelo **ANEXO III**) E SE NÃO HOUVER ALTERAÇÃO NO CORPO CLÍNICO, DEVERÁ APRESENTAR DECLARAÇÃO CONFORME MODELO **ANEXO IV**.
3. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DA CLÍNICA / INSTITUIÇÃO.** (ÁGUA/LUZ/TELEFONE)
4. **CÓPIA DO CRM** com nº do RG e CPF **DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO.**
5. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO.**
6. **CERTIDÃO DE REGULARIDADE/INSCRIÇÃO DA CLÍNICA/INTITUIÇÃO JUNTO AO RESPECTIVO CONSELHO** (CRM do estabelecimento).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



7. **CARIMBO DA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES**: Nome completo da Instituição, CNPJ, Endereço completo (rua, nº, cidade/UF) e Telefones da Clínica/Instituição (conforme preconizado na Portaria nº 344 de 12/05/98, artigo 36, letra c).
8. **REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA RECEITUÁRIO AZUL (tem que retirar no setor SEFMED da vigilância)**.
9. **CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO** (o recomendado é retirar a Requisição da Notificação de Receita no setor **SEFMED** da Vigilância e levar para o Responsável Técnico assinar para depois retirar a numeração).

**ORIENTAÇÕES** PARA ENTREGA **A TERCEIROS** DE: **TALONÁRIOS A (AMARELO)**  
E  
NUMERAÇÃO PARA CONFEÇÃO DE RECEITUÁRIOS  
**B (Benzodiazepínicos), B2 (Anorexígenos) e C2 (Retinóides)**

- Estar devidamente Autorizado pelo responsável técnico da Clínica/Instituição. (modelo **ANEXO I** e/ou **ANEXO II**)
- Estar munido do documento de identificação pessoal (RG).
- Apresentar os talões anteriores com os canchotos preenchidos e a requisição “**DO ÚLTIMO TALONÁRIO AMARELO**” devidamente **CARIMBADO E ASSINADO** pelo responsável técnico da Clínica/Instituição no campo: **ASSINATURA DO REQUISITANTE**.
- **PORTAR O CARIMBO DA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO** (conforme item 7).
- Assinar na presença da autoridade sanitária o Termo de Compromisso de recebimento do talonário e o Livro com a numeração concedida e **Bater o carimbo** da Clínica/Instituição em **todas as folhas** do **talonário amarelo**.
- **PORTAR O CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO**.
- Assinar na presença da autoridade sanitária o campo específico da requisição da notificação de receita (Assinatura e Carimbo com CRM/CRO/CRMV) o recebimento do talonário ou da numeração concedida.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



**ANEXO I**

**AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE TALONÁRIO "A"**

Autorizo o (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, a retirar Talonário  
para Notificação de Receita **A**.

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo do Profissional ou Responsável Técnico pela Clínica/Instituição)

**ANEXO II**

**AUTORIZAÇÃO E REQUERIMENTO PARA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

Autorizo o (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, a retirar o  
quantitativo de numeração abaixo relacionado para a confecção de Notificação de Receita.

**B:** \_\_\_\_\_ números (mínimo de 50 números = 1 talão)

**B2:** \_\_\_\_\_ números (mínimo de 50 e máximo de 300 números para profissional ou  
máximo de 600 números – para Clínicas/Instituições)

**C2:** \_\_\_\_\_ números (mínimo de 50 números)

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo do Profissional ou Responsável Técnico pela Clínica/Instituição)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



**ANEXO III**

Razão

Social: \_\_\_\_\_

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

—

Endereço: \_\_\_\_\_

—

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

**CORPO CLÍNICO DA CLÍNICA/INTITUIÇÃO – ATUALIZADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

NOME DO PROFISSIONAL	CRM / CRO / CRMV

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pela Clínica/Instituição)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS  
**SEFMED**



**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO PARA CLÍNICA/INSTITUIÇÃO**

O responsável/diretor técnico \_\_\_\_\_ da  
Clínica/Instituição \_\_\_\_\_,  
CNPJ \_\_\_\_\_, com endereço  
\_\_\_\_\_ vem informar que não houve qualquer alteração  
no corpo clínico da mesma.

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pela Clínica/Instituição)