

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS
ELETRÔNICA

N.º 0000.0-00.0000000

EMITENTE

NOME DO MÉDICO:
Dra. Ana Exemplo (DADO FICTÍCIO)
INSCRIÇÃO NO CRM / UF:
CRM/BA 000000
ENDEREÇO COMPLETO:
Rua Modelo, 100, Centro, Salvador/BA, CEP
00000-000
TELEFONE:
(71) 3000-0000

PACIENTE

NOME:
Maria Exemplo (DADO FICTÍCIO)
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
000.000.000-00
ENDEREÇO COMPLETO:
Rua Exemplo, 200, Centro, Salvador/BA, CEP
00000-000
DATA DE NASCIMENTO:
01/01/1990
SEXO:
Feminino

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:
Medicamento fictício
CONCENTRAÇÃO:
10 mg (DADO FICTÍCIO)
FORMA FARMACÊUTICA:
Comprimido (DADO FICTÍCIO)
QUANTIDADE:
30 (trinta) comprimidos (DADO FICTÍCIO)
POSOLOGIA:
Exemplo visual fictício, sem orientação terapêutica.



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

Plataforma demonstrativa (DADO FICTÍCIO)

Assinado digitalmente por Dra. Ana Exemplo em 25/09/2026

VALIDE ESSA ASSINATURA EM **validar.itl.gov.br**

ESTA PRESCRIÇÃO PODE SER VERIFICADA EM: **https://plataforma.exemplo.com.br/verificar/0000**

VERIFIQUE A NUMERAÇÃO E REGISTRE A UTILIZAÇÃO DESTA PRESCRIÇÃO EM **sncr.anvisa.gov.br**

TOKEN:
ABCD1234
CÓDIGO:
123456

