

Para: C/C Unidades de Saúde, Farmácias e Médicos Privados
Assunto: **Esclarecimento sobre a forma de preenchimento do modelo de receituário médico**
Fonte: **Direcção Regional da Saúde**
Contacto na DRS: **Tef. 295204273 sras-saud@acores.gov**

Class.: C/P.2008/21; C/R.2008/1

Considerando o Despacho n.º 782/2007 de 21 Agosto, rectificado pela Declaração n.º 151/07 de 11 de Setembro, de Sua Exa. o Secretário Regional dos Assuntos Sociais que determina a obrigatoriedade de apresentação do número de identificação do utente sempre que se utilizem os serviços das instituições e serviços integrados no Serviço Regional de Saúde ou com ele convencionado;

Considerando a Portaria n.º 9/2003, de 27 de Fevereiro, que aplica, com as devidas adaptações, à Região Autónoma dos Açores, a Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro, que aprovou o modelo de receitas médicas destinadas à prescrição de medicamentos, bem como as regras a que a mesma está sujeita;

Considerando as regras de impressão e validação do modelo de receita médica previstas no art.º 5.º da Portaria n.º 9/2003, de 27 de Fevereiro;

Considerando que importa esclarecer a forma de preenchimento do modelo de receituário no que concerne ao número do utente;

Assim, serve a presente circular para informar V. Exas. do seguinte:

1. Onde se lê "N.º de Beneficiário" deverá entender-se:
 - a) Número de utente do SRS ou;
 - b) Número de beneficiário de subsistema ou;
 - c) Número de beneficiário de seguro.
2. Onde se lê "Entidade Responsável" deverá ser indicado:
 - a) SRS, se utente do Serviço Regional de Saúde;
 - b) o subsistema de saúde, se beneficiário de subsistema;
 - c) o seguro de saúde, se beneficiário de seguro.
3. Para efeitos dos números anteriores, junta-se exemplo no anexo I, o qual faz parte integrante desta circular.

A Directora Regional



Maria Teresa Reis Brito



ANEXO I (a que se refere o n.º 3 da Circular)

EXEMPLO →

Receita Médica N.º XXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXAA XXXXXXXXXX	
Utente: _____ Telefone: _____ Entidade Responsável: SRS ou Subsistema ou Seguro _____ N.º de Beneficiário: N.º utente SRS ou n.º beneficiário de subsistema ou n.º beneficiário seguro _____		Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional dos Assuntos Sociais Serviço Regional de Saúde	
N.º da Cédula Profissional _____		Dr. _____ Especialidade _____ Contacto telefónico _____	
<input type="checkbox"/> Consulta		<input type="checkbox"/> Urgência	
R/ Designação do medicamento, dosagem, forma farmacéutica, dimensão da embalagem	N.º	Extensão	Identificação óptica
1 _____ _____ Posologia	_____ _____	_____ _____	_____ _____
2 _____ _____ Posologia	_____ _____	_____ _____	_____ _____
3 _____ _____ Posologia	_____ _____	_____ _____	_____ _____
4 _____ _____ Posologia	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico		Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico	
1 Rubrica do médico prescriptor: _____ 2 Rubrica do médico prescriptor: _____ 3 Rubrica do médico prescriptor: _____ 4 Rubrica do médico prescriptor: _____		1 Rubrica do médico prescriptor: _____ 2 Rubrica do médico prescriptor: _____ 3 Rubrica do médico prescriptor: _____ 4 Rubrica do médico prescriptor: _____	
Data: Ano / mês / dia			
Validade: 15 DIAS ÚTEIS prescriptor		Assinatura do médico	