



Art. 2º Cada Notificação de Receita "B2" deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a trinta dias.

Parágrafo único. Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR), conforme a seguir especificado:

- I - Femproporex: 50,0 mg/dia;
- II - Fentermina: 60,0 mg/ dia;
- III - Anfepramona: 120,0 mg/dia;
- IV - Mazindol: 3,00 mg/dia.

Art. 3º Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de fórmulas de dois ou mais medicamentos, seja em preparação separada ou em uma mesma preparação, com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade, que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas associadas entre si ou com as seguintes substâncias:

- I - ansiolíticas, antidepressivas, diuréticas, hormônios ou extratos hormonais e laxantes;
- II - simpato-líticas ou parassimpato-líticas.

Art. 4º Configurada infração por inobservância de preceitos ético-profissionais, o órgão fiscalizador comunicará o fato ao Conselho Regional da jurisdição competente, sem prejuízo das demais cominações penais e administrativas.

Art. 5º O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor 120 dias após a data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO I - Modelo de talonário "B2" para substâncias psicotrópicas anorexígenas

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>UF <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">B2</p> <p>_____ de _____ de _____</p> <p>Assinatura do Eritente: _____</p>	<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>Paciente: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p style="text-align: center;">MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">POSOLOGIA</p> <hr/>
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Identidade nº.: _____ Órgão Expedidor: _____</p>	<p style="text-align: center;">CARIMBO DO FORNECEDOR</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Nome do Vendedor: _____ Data _____</p>	
<p>Dados da Gráfica: Nome – Endereço Completo – CNPJ</p>		<p>Numeração desta impressão: de _____ a _____</p>

CARIMBO DO
C.N.P.J.



ANEXO II

SECRETARIA DE SAÚDE
 Autoridade Sanitária

RELAÇÃO MENSAL DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA "B2" (RMNRB2)

Nº. DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO: _____ EXERCÍCIO _____

ENDEREÇO: _____ MÊS: _____

NOME DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL E C.R.F.: _____

Número DCB	Descrição DCB	Medicamento	Apresentação e Concentração	Nº. da Notificação de Receita "B2"	Data da RMNRB2	Nome do Prescritor	Nº. da CR do Prescritor	Quantidade Prescrita	Quantidade Dispensada

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____ Pág. _____

RECEBIDO POR: _____ RG: _____ ÓRGÃO/SETOR: _____ DATA: _____

CONFERIDO POR: _____ RG: _____ ÓRGÃO/SETOR: _____ DATA: _____

DEVOLVIDO EM: _____