

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE TALIDOMIDA

Informações do médico prescritor		Nº Cadastro:
Nome:		
Especialidade:	Nº CRM:	
E-mail:		
Endereço residencial:		
Rua/Av: _____ nº: _____		
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____		
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____		
Endereço comercial:		
Rua/Av: _____ nº: _____		
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____		
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____		
Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.		
Local e data:		
_____ Carimbo e Assinatura do médico		
Autoridade Sanitária Competente:		
Nome do responsável pelo cadastramento:		
Nº do registro funcional/Matrícula:		
_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento		