

ANEXO II – RDC 11/11

Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Nº credenciamento: _____.

Informações do médico prescritor:

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 normas que envolvem a prescrição do medicamento talidomida.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do médico

Autoridade Sanitária Competente:

Nome do Responsável pelo credenciamento: _____.

Nº do registro funcional: _____.

Local e data: _____.

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento