

ANEXO I – RDC 11/11

Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras

Nº credenciamento: _____.

Informações da Unidade Dispensadora:

Nome da Unidade: _____.

Nome do Diretor Responsável: _____.

Endereço completo:

Rua / Av: _____ nº _____.

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____.

Telefone: () _____ Fax: () _____.

E-mails: Unidade: _____.

Diretor: _____.

Nome do Farmacêutico Responsável: _____.

nº CRF: _____.

Nome do Farmacêutico Substituto: _____.

nº CRF: _____.

Critérios para credenciamento:

A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:

- Deve possuir todos os documentos necessários ao seu funcionamento.
- Deve possuir licença sanitária atualizada.
- Deve possuir farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida.
- Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida.
- As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes.

Credenciada? Sim Não Observações:

Autoridade Sanitária Competente:

Nome do Responsável pelo credenciamento: _____.

Nº do registro funcional: _____.

Local e data: _____.

Carimbo e assinatura do responsável pelo credenciamento