

**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE
TALIDOMIDA**

(De acordo com a RDC nº 11/2011)

Nº do cadastro:

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 as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.

_____, _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico prescritor

Autoridade Sanitária Competente

Responsável pelo cadastramento:

Nº do registro funcional:

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento