

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DO PRESCRITOR DE TALIDOMIDA

CPF do Médico:		N° do Cadastro:	
INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR			
Nome:		N° CRM:	
Especialidade:	E-mail:		
Endereço Residencial			
Rua/Av:		N°:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Fone:	Fax:
Endereço Comercial			
Rua/Av:		N°:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Fone:	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 Cadastro:		N° do Registro Funcional:	
..... Local e data	 Carimbo e Assinatura do Resp. pelo Cadastro	