

## ANEXO II

### FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DO PRESCRITOR DE TALIDOMIDA

CPF do Médico:		N° do Cadastro:	
<b>INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR</b>			
Nome:		N° CRM:	
Especialidade:	E-mail:		
<b>Endereço Residencial</b>			
Rua/Av:		N°:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Fone:	Fax:
<b>Endereço Comercial</b>			
Rua/Av:		N°:	CEP:
Bairro:	Cidade:	Fone:	Fax:
<b>Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida</b>			
..... Local e data		..... Carimbo e Assinatura do médico	
<b>AUTORIDADE SANITÁRIA COMPETENTE</b>			
Nome do Responsável pelo Cadastro:		N° do Registro Funcional:	
..... Local e data		..... Carimbo e Assinatura do Resp. pelo Cadastro	