



Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Cadastro n.º

INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: n.º _____

Email: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____ n.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP.: _____

Telefone: (____) _____ FAX: _____

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua: _____ n.º: _____ sl: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: (____) _____ FAX: (____) _____

Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.

Local: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

Autoridade Sanitária Competente:

Nome do responsável pelo cadastramento: _____

Matrícula/ID: _____

Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento

