

Cadastro n.º

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR**

Nome: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: nº \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua: \_\_\_\_\_ n.º: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO COMERCIAL**

Rua: \_\_\_\_\_ n.º: \_\_\_\_\_ sl: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico

**Autoridade Sanitária competente: \_\_\_\_\_ CRS**

Nome do responsável pelo cadastramento:

Matrícula/ID:

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento

