**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Avenida Japurá, 824 - Cachoerinha – CEP 69065-170

Telefone: (92) 98842-8238 | visamanaus.protocolo@gmail.com

**ANEXO II**

**Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CADASTRO Nº** | |
| 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: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Solicito o cadastro de Prescritor do medicamento talidomida (lista C-3/ Portaria 344/98) e declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição destes medicamentos.  Local e data:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura do médico | | |
| Autoridade Sanitária competente: | | |
| Nome do responsável pelo cadastramento: | | |
| Nº do registro funcional: | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento | | |

[**ANEXO II – RDC ANVISA – Nº11/2011**](ftp://ftp.fnde.gov.br/web/resolucoes_2008/res011_25042008_anexo2.pdf)