**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**