



**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE TALIDOMIDA**

CADASTRO Nº:

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO PRESCRITOR:**

Nome:

Especialidade:

nº CRM:

E-mail:

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Logradouro:

nº:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: (\_\_\_\_)

Fax: (\_\_\_\_)

Endereço comercial:

Logradouro:

nº:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: (\_\_\_\_)

Fax: (\_\_\_\_)

**Orientações:**

- Todos os prescritores que utilizarão o talonário de Talidomida devem estar cadastrados neste DEVIS/DDM;

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

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