



**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DOS PRESCRITORES DE TALIDOMIDA**

**À Vigilância Sanitária Municipal de Campinas**

Informações do médico prescritor:
Nome *: _____
Registro no CRM nº* _____ Especialidade*: _____
CPF*: _____ *campos obrigatórios
Endereço residencial*:
Rua/Av*: _____ Nº* _____
Complemento _____ Bairro*: _____ CEP*: _____
Cidade* _____ Estado*: _____
Telefone*: _____ E-mail*: _____
*campos obrigatórios
Endereço comercial*:
Rua/Av*: _____ Nº* _____
Complemento _____ Bairro*: _____ CEP*: _____
Cidade* _____ Estado*: _____
Telefone*: _____ E-mail*: _____
*campos obrigatórios
Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.
Campinas, _____ de _____ de _____.
_____ Assinatura e carimbo com número de conselho profissional
Autoridade Sanitária competente:
Nome do responsável pelo cadastramento:
Nº do registro funcional:
_____ Assinatura e carimbo com número de conselho profissional
Campinas, _____ de _____ de _____.