

ANEXO II**Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida**

MODELO AGEVISA		Nº credenciamento: AGEVISA
Informações da Unidade Pública Dispensadora:		
Nome da Unidade:		
Nome do Diretor Responsável:		
Endereço completo:		
Rua/Av: _____		nº: _____
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____
Telefone: (____) _____		Fax: (____) _____
E-mails	Unidade: _____ Diretor: _____	
Nome do Farmacêutico Responsável:		
nº CRF: _____		
Nome do Farmacêutico Substituto:		
nº CRF: _____		
Critérios para credenciamento:		
A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:		
• Deve possuir todos os documentos necessários ao seu funcionamento. • Deve possuir licença sanitária atualizada. • Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida. • Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida. • As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes.		
Credenciada?	Sim	Não
Observações:		
Autoridade Sanitária Competente:		
Nome do responsável pelo credenciamento:		
Nº do registro funcional:		
Local e data:		
Carimbo e Assinatura do responsável pelo credenciamento		