

ANEXO III
Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Nº cadastro:	
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: (____) _____
Dedaro 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	