**CREDENCIAMENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** | |
| 1 | Alvará Sanitário ou Protocolo de Requerimento do Alvará; |
| 2 | Alvará de Funcionamento/Localização, emitido pela Prefeitura; **(Nos casos de credenciamento da unidade ou alterações cadastrais);** |
| 3 | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO; |
| 4 | Documentos pessoais do Responsável Técnico Farmacêutico (carteira do CRF, RG, CPF); |
| 5 | Livro de Registro para Movimentação do Medicamento a base de Talidomida, conforme Anexo X da RDC nº11/2011; **(Nos casos de abertura, encerramento ou alterações cadastrais).** |

**OBSERVAÇÃO:**

**O requerimento deverá ser preenchido no computador. Após, deverá ser impresso, assinado, digitalizado junto aos outros documentos requeridos e enviados no formato PDF para o email:** [**talidomida.to@gmail.com**](mailto:talidomida.to@gmail.com)

**Não serão aceitos documentos sem assinatura.**