|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CADASTRAMENTO DE PRESCRITORES DE MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA** | | | | |
|  | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | |
| Nome do Profissional: | | | | CPF: |
| Especialidade: | | | | Nº CRM: |
| Endereço Residencial: | | | | |
| Município: | | | | CEP: |
| E.mail: | | | Telefones:  (  )       | (  ) | |
|  | | | | |
| **LOCAL DE TRABALHO** | | | | |
| Endereço do local de trabalho: | | | | CEP: |
| E-mail: | | | Telefones:  (  )       | (  ) | |
|  | | | | |
| Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento à base de TALIDOMIDA.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– TO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Espaço para carimbo do Profissional |  | Assinatura) | | | | | |
| **CAMPOS EXCLUSIVOS DA VISA** | **Responsável pelo Credenciamento:** | | | |
| **Matrícula:** | Carimbo e assinatura do responsável pelo credenciamento | | |
| **Local e Data:** |
| **Observações:** | | | |

|  |
| --- |
| **REQUISITOS NECESSÁRIOS:** |
| Estar previamente cadastrado na Vigilância Sanitária Estadual para requerimento de receituário. Caso não esteja, preencher e apresentar o documento específico para cadastramento de profissional. Formulários disponíveis em www.vigilancia-to.com.br |

Dúvidas: 63 3218-3298 ou [receituario.to@gmail.com](mailto:receituario.to@gmail.com)

**PREENCHIMENTO ELETRÔNICO – NÃO PREENCHER A MÃO.**