|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DA UNIDADE DE DISTRIBUIÇÃO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA**  **Preenchimento eletrônico obrigatório. Enviar no formato PDF por e-mail, devidamente assinado.** | | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | | | | |
| Nome da Unidade: | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | CNES\*: | | | | | | | |
| Endereço Completo: | | | | | | | | | | |
| Município: | | | | | CEP: | | | | | |
| E-mail da Unidade: | | | | Telefone da Unidade: | | | | | | |
| E-mail do Farmacêutico: | | | | Telefone do Farmacêutico: | | | | | | |
| Representante Legal **(Sec. Saúde ou Diretor da Unidade):** | | Cargo: | | CPF: | | RG/SSP: | | | | |
| Responsável Técnico Farmacêutico: | | Nº Cons. de Classe: | | CPF: | | RG/SSP: | | | | |
| Venho requerer o credenciamento da Unidade de Distribuição do Medicamento à base de TALIDOMIDA do estabelecimento acima qualificado, sob minha responsabilidade legal e/ou técnica. Neste ato, apresento os documentos anexos para tal fim. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas e documentos anexados são verdadeiros, assumindo a responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos mesmos. Declaro ainda estar ciente que o credenciamento da unidade pública dispensadora possui validade de 1 (um) ano e deve ser renovado após o término desse prazo  Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.    |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Representante Legal** |  | **Responsável Técnico pela Farmácia** | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** | | | | | | | | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1 | | Alvará Sanitário ou Protocolo de Requerimento do Alvará; | | | | | |  |  |  |
| 2 | | Alvará de Funcionamento/Localização, emitido pela Prefeitura; **(Nos casos de credenciamento da unidade de distribuição 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)** | | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Campos exclusivos da VISA** | **Carimbo e assinatura da Autoridade Responsável pelo credenciamento.** | **N° Credenciamento:** | **Local e data:** |
| **Observações:** | |