



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Nº Cadastro:.....

Informações do Médico Prescritor	
Nome :	CRM:.....
Especialidade:	
Email:.....	
Endereço residencial:	
Rua/Avenida:.....	nº:.....
Cidade:.....	Estado:CEP:.....
Telefone: (.....).....	Fax: (.....).....
Endereço comercial:	
Rua/Avenida:.....	nº:.....
Cidade:.....	Estado:CEP:.....
Telefone: (.....).....	Fax: (.....).....
Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.	
Local e data:.....	_____
	Carimbo e Assinatura do Médico
Autoridade Sanitária Competente: Identificação do Responsável pelo Cadastramento (nome e matrícula):	
Local e Data:	_____
	Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Cadastramento