



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