



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Formulário de Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras

Nº Credenciamento:

Informações da Unidade Pública Dispensadora		
Nome da Unidade:.....		
Nome do Diretor Responsável:		
Endereço completo:		
Rua/Avenida:.....nº:.....		
Cidade:..... Estado:CEP:.....		
Telefone: (.....)..... Fax: (.....).....		
Email da Unidade:..... Email do Diretor:		
Farmacêutico Responsável: CRF nº:		
Farmacêutico Substituto:..... CRF nº:		
<p><i>Declaramos que os profissionais de saúde e funcionários envolvidos no processo receberam treinamento sobre os riscos e normas que envolvem o processo Talidomida, bem como temos ciência da obrigatoriedade de cumprir a legislação e normas sanitárias. Assumimos civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário. Estamos cientes que responderemos, nas vias cabíveis, pela omissão ou inverdades nas informações aqui declaradas. Por ser verdade o que declaramos e assumimos, assinamos abaixo.</i></p>		
_____ Carimbo e Assinatura Diretor da Unidade		_____ Carimbo e Assinatura do Farmacêutico Responsável
Local e Data:/...../.....		
Autoridade Sanitária Competente (campos de preenchimento exclusivo da VISA)		
Unidade de Saúde Credenciada	SIM ()	NÃO ()
Observações		
Local e Data		_____ Carimbo e Assinatura do Responsável pela Análise