

## ANEXO II

### Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

<b>Nº cadastro:</b>	
<b>Informações do médico prescriptor:</b>	
Nome: _____	
Especialidade: _____	Nº CRM: _____
E-mail: _____	
Endereço residencial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____	
Endereço comercial:	
Rua/Av: _____ 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	
<b>Autoridade Sanitária competente:</b>	
Nome do responsável pelo cadastramento: _____	
Nº do registro funcional: _____	
_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento	