

ANEXO I

Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras

		Nº credenciamento:		
Informações da Unidade Pública Dispensadora:				
Nome da Unidade:				
Nome do Diretor Responsável:				
Endereço completo:				
Rua/Av: _____		nº: _____		
Cidade: _____		Estado: _____ CEP: _____		
Telefone: (____) _____		Fax: (____) _____		
E-mails	Unidade:			
	Diretor:			
Nome do Farmacêutico Responsável: nº CRF:				
Nome do Farmacêutico Substituto: nº CRF:				
Critérios para credenciamento:				
A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:				
<ul style="list-style-type: none">• Deve possuir todos os documentos necessários ao seu funcionamento.• Deve possuir licença sanitária atualizada.• Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida.• Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida.• As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes.				
Credenciada?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Observações:				
Autoridade Sanitária Competente:				
Nome do responsável pelo credenciamento:				
Nº do registro funcional:				
Local e data:				
_____ Carimbo e Assinatura do responsável pelo credenciamento				