

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?	Sim	Não
Observações:		
Autoridade Sanitária Competente:		
Nome do responsável pelo credenciamento:		
Nº do registro funcional:		
Local e data:		

Carimbo e Assinatura do responsável pelo credenciamento		