



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FICHA DE CADASTRO DE PRESCRITORES –
TALIDOMIDA

Cadastro nº:
35.26.

Validade:

Informações do Médico Prescritor de Talidomida

Nome do Profissional:	CPF:
Especialidade:	Nº Conselho de Classe/UF:
Endereço Residencial Completo:	Telefone:
Email:	

Local de Trabalho

Nome da Instituição:	CNPJ:
Endereço Residencial Completo:	Telefone:

Declaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição de medicamentos à base de Talidomida.

Carimbar sem assinar

Assinar sem carimbar

(Assinar na presença da Autoridade Sanitária)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Original da carteira profissional (CRM), quando **cópia deve ser autenticada em cartório.**
2. Comprovante de endereço. **Somente serão aceitos água, energia ou telefone.**

Campo Exclusivo da VISA Limeira

Limeira, ____ de _____ de ____.	Carimbo e assinatura da Autoridade Sanitária responsável pelo credenciamento.
------------------------------------	---

Requisitos necessários:

- Estar previamente cadastrado na Vigilância Sanitária do Município de Limeira.
Caso não esteja cadastrado, preencher e apresentar os formulários e documentos necessários.

ATENÇÃO

- Não serão aceitos documentos ilegíveis, incompletos ou preenchidos a mão.
- **OBRIGATORIAMENTE** a Ficha Cadastral de Prescritores e demais documentos que a compõe devem ser entregues na Divisão de Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Limeira.
- Dúvidas: receituario@limeira.sp.gov.br ou pelo Whatsapp (11) 91011-5348.