|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA** |
| Nome da Unidade Pública Dispensadora: |
|  |
| Endereço: |
|  |
| Bairro: |
|  |
| Município: | CEP: |
|  |  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DIRETOR RESPONSÁVEL** |
| Nome Completo: |
|  |
| E-mail: | Telefone: |
|  |  |
| Horário de Trabalho: |
|  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL** |
| Nome Completo: | Nº do Registro no CRF/ES: |
|  |  |
| E-mail: | Telefone: |
|  |  |
| Horário de Trabalho: |
|  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO SUBSTITUTO** (quando aplicável) |
| Nome Completo: | Nº do Registro no CRF/ES: |
|  |  |
| E-mail: | Telefone: |
|  |  |
| Horário de Trabalho: |
|  |
| As pessoas acima qualificadas declaram estar cientes de que:a) A responsabilidade pelo recebimento, guarda, dispensação e escrituração do medicamento talidomida é do farmacêutico responsável ou de seu substituto, devendo ser realizada conforme a legislação vigente;b) A dispensação do medicamento talidomida somente será realizada mediante apresentação da notificação de receita específica acompanhada do termo de esclarecimento/responsabilidade e para os CIDs padronizados pela legislação vigente;c) Na ocasião de desligamento ou troca dos(as) farmacêuticos(as), a Vigilância Sanitária Municipal deverá ser comunicada no prazo máximo de **10 (dez)** dias. |
| Local e Data: |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Assinatura e Carimbo do Diretor Responsável |  | Assinatura e Carimbo do Farmacêutico Responsável |  | Assinatura e Carimbo do Farmacêutico Substituto (se aplicável) |  |