|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) | |  |