

Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras	Número do credenciamento: _____/20__	Validade do credenciamento: ___/___/20__
Informações da Unidade Pública Dispensadora – UPD		
Nome da Unidade:		
Nome do Diretor Responsável:		
Nome do Farmacêutico Responsável:		nº CRF/RS: _____
Endereço completo:		
Rua/Av.: _____		nº: _____
Cidade: _____/Rio Grande do Sul		CEP: _____
Telefone: (____) _____		
E-mail Unidade: _____		
Diretor: _____		
Farmacêutico: _____		
Assinatura do Farmacêutico: _____		
Assinatura do Diretor Responsável: _____		
Critérios para credenciamento		
A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Deve fornecer todas as informações da UPD solicitadas neste Formulário com as devidas assinaturas; • Deve ser inspecionada pela Vigilância Sanitária competente (Regional ou Municipal); • Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida; • Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamentos sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida; • As instalações devem atender as legislações sanitárias vigentes. 		
PARA PREENCHIMENTO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
A unidade dispensadora cumpre com todos os critérios necessários ao seu credenciamento?		
Sim: () Não: ()		
Observações:		
Nome da Autoridade Sanitária Competente:		
Nº da identidade funcional:		
Local e data:		

Carimbo e Assinatura		

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

O Número e Validade do Credenciamento serão preenchidos pela Divisão de Vigilância Sanitária do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (DVS/CEVS);

Informações da Unidade Pública Dispensadora - UPD: os campos deverão ser preenchidos pelo responsável pela UPD;

Os campos PARA PREENCHIMENTO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA deverão ser preenchidos pela Vigilância Sanitária da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).