



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

**AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE MEDICAMENTO À BASE DE
TALIDOMIDA
(MUNICÍPIO – CRS/SESPA)**

EU, _____ FARMACÊUTICO (A) RESPONSÁVEL
PELO MUNICÍPIO DE _____, INSCRITO (A) NO CRF-PA _____,
ESTOU CIENTE DA RESPONSABILIDADE DE ACONDICIONAMENTO, DISTRIBUIÇÃO E
DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO À BASE DE TALIDOMIDA 100 MG, CONFORME
PORTARIA SVS/MS Nº.344/98 e RDC ANVISA/MS Nº.11/2011. TOMO CIÊNCIA SOBRE OS
CUIDADOS DA DISPENSAÇÃO QUE O MEDICAMENTO REQUER.

() REAÇÃO HANSÊNICA TIPO II

() LUPUS E OUTRAS PATOLOGIAS

Recebido por: _____

Função/Cargo: _____ Matricula: _____

Município _____ Data: _____

FARMACÊUTICO (A) DO _____ CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

CRF/PA _____ MATRÍCULA _____