## ANEXO I

## FICHA CADASTRAL

**\*CADASTRO Nº:**

NOME DA INSTITUIÇÃO : \_ ENDEREÇO: FARMACÊUTICO: ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO: (Logradouro, nº, Bairro):

TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

CRF – PR nº

END. RESPONSÁVEL TÉCNICO: (Logradouro, nº, Bairro, Cidade, UF):

TELEFONE PARA CONTATO:

AUTORIZAÇÃO

* Dispensação de medicamentos de uso sistêmico à base de substâncias da lista C

**RETINÓIDES** – Portaria 344/98.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo do Estabelecimento Assinatura e Carimbo (CRF-PR)

Autoridade Sanitária