

ANEXO I
CADASTRO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS

| CADASTRO DADOS DO HOSPITAL/MATERNIDADE | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|----------|
| Nome do Hospital: | | | |
| Endereço: | | | |
| Telefones: | | Cidade: | |
| CNES: | | CNPJ: | |
| FUNCIONÁRIOS AUTORIZADOS A RETIRAR PALIVIZUMABE | | | |
| 1 | Nome Completo: | | |
| | Doc. Identidade: | | CPF: |
| | Função: | | Setor: |
| | Telef. (do setor): | | Celular: |
| | Assinatura(igual identidade): | | |
| 2 | Nome Completo: | | |
| | Doc. Identidade: | | CPF: |
| | Função: | | Setor: |
| | Telef. (do setor): | | Celular: |
| | Assinatura(igual identidade): | | |
| 3 | Nome Completo: | | |
| | Doc. Identidade: | | CPF: |
| | Função: | | Setor: |
| | Telef. (do setor): | | Celular: |
| | Assinatura(igual identidade): | | |

Nota 1) É indispensável o fornecimento de **cópia simples do documento de identidade (com foto)** de todos os funcionários autorizados a retirar o medicamento, bem como do coordenador da Unidade de Cuidados Neonatais. **Não é necessário reconhecer firma dos documentos solicitados;**

Nota 2) Cada Unidade de Cuidado Neonatal terá um dia da semana previamente definido para a apresentação das documentações;

Nota 3) **Após o fornecimento do palivizumabe nos casos deferidos, a responsabilidade pelo acondicionamento, guarda e transporte deste medicamento será de competência das Unidades de Cuidados Neonatais.**

_____, ____ de _____ de 20_____

Assinatura e Carimbo do Coordenador da Unidade de Cuidados Neonatais