



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO I
CADASTRO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS

CADASTRO (PALIVIZUMABE)		
DADOS DO HOSPITAL/MATERNIDADE		
Nome do Hospital:		
Endereço:		
Telefones:	Cidade:	
CNES:	CNPJ:	
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PALIVIZUMABE DA UNIDADE:		
Nome:	Telefone:	
E-mail 1:	E-mail 2:	
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) 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