

Anexo A – Modelo de Ofício da Assistência Farmacêutica Municipal ou Farmácia Hospitalar para a Assistência Farmacêutica Estadual

Prefeitura Municipal de (nome) ou Hospital (nome)

(nome) Departamento/Setor/Entidade

Endereço para correspondência

Telefone e endereço de correio eletrônico

Ofício nº XXX/Local de Origem

Em (dia) de (mês) de 2017

À Sra. Nathália Dantas

Coordenadora Estadual de Assistência Farmacêutica Básica

Assunto: Cadastro Nacional de Usuários do Medicamento à Base de Talidomida

A Secretaria Municipal de Saúde de (nome do município) ou Hospital (nome) informa que a (s) Unidade (s) Pública (s) Dispensadora (s) de Talidomida listada (s) abaixo utilizou (aram) o sistema Hórus para dispensação e cadastro dos usuários de talidomida de Janeiro/(ano) a Dezembro/(ano).

ESTADO	MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NO HÓRUS	NÚMERO CNES

Atenciosamente,

(NOME)

(CARGO)

(ASSINATURA)