**Ao INFARMED, I.P.**

**Direção de Inspeção e Licenciamentos**

**- Unidade de Inspeção**

**NOTIFICAÇÃO DE DEFEITOS DE QUALIDADE**

|  |
| --- |
| **Identificação Reclamante / Contactos** |
| Nome: |       |
| Morada: |       |
| Telefone: |       |
| Fax: |       |
| e-mail: |       |

|  |
| --- |
| **Identificação do defeito de qualidade** |
| Nome do medicamento: |       |
| N.º de lote(s): |       |
| Prazo de validade: |       |
| Descrição: |       |
| O defeito foi verificado emoutros lotes do medicamento? | Sim [ ]  N.º de Lotes:       |
| Não [ ]  |
| Medidas tomadas/adotadas: |        |

|  |
| --- |
| **Amostras de produto com defeito** |
| Junta amostras(devidamente acondicionadas): | Sim [ ]  N.º de unidades:      |
| Não [ ]  |

|  |
| --- |
| **Documentação de suporte** |
| Juntadocumentação de suporte: | Sim [ ] Qual:      |
| Não [ ]  |

**Telefone: 21 798 71 32 / 73 80 Fax: 21 798 72 57 e-mail: dil-ins@infarmed.pt**

**Parque de Saúde de Lisboa, Av. do Brasil n.º 53, 1749-004 Lisboa**