

Ao INFARMED, I.P.
Direção de Inspeção e Licenciamentos
- Unidade de Inspeção

NOTIFICAÇÃO DE DEFEITOS DE QUALIDADE

Identificação Reclamante / Contactos	
Nome:	
Morada:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Telefone:	
Fax:	
e-mail:	

Identificação do defeito de qualidade	
Nome do medicamento:	<hr/>
N.º de lote(s):	
Prazo de validade:	
Descrição:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
O defeito foi verificado em outros lotes do medicamento?	Sim <input type="checkbox"/> N.º de Lotes: <hr/> <hr/>
	Não <input type="checkbox"/>
Medidas tomadas/adotadas:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Amostras de produto com defeito	
Junta amostras (devidamente acondicionadas):	Sim <input type="checkbox"/> N.º de unidades: <hr/>
	Não <input type="checkbox"/>

Documentação de suporte	
Junta documentação de suporte:	Sim <input type="checkbox"/> Qual: <hr/>
	Não <input type="checkbox"/>

Telefone: 21 798 71 32 Fax: 21 798 72 57 e-mail: quality.defects@infarmed.pt
Parque de Saúde de Lisboa, Av. do Brasil n.º 53, 1749-004 Lisboa