**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 em  outros 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** | |
| Junta  documentação de suporte: | Sim  Qual: |
| Não |

**Telefone: 21 798 71 32 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**