(Identificação do TAIM)

Nome

Morada

Contacto telefónico / E-mail

Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa – Av. Brasil, 53

1749-004 Lisboa

Portugal

**Data: dd/mm/aaaa**

**Assunto: Atualização do Contacto Local de Farmacovigilância**

A empresa[[1]](#footnote-1) (nome do TAIM), vem por este meio requerer a atualização do Contacto Local de Farmacovigilância para:

☐ todos os seus medicamentos autorizados

☐ os seguintes medicamentos autorizados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de processo | Nome do medicamento | Dosagem | Forma farmacêutica |
|  |  |  |  |

[[2]](#footnote-2)

 Os dados relativos ao novo Contacto Local de Farmacovigilância são:

* **NOME: <**Nome do contacto local>
* **MORADA: <**Morada do contacto local>
* **CÓDIGO POSTAL: <**#### - ### Localidade>
* **CONTACTOS**
1. **CONTACTO 24H: <**Contacto telefónico 24h>
2. **FAX: <**Número de fax>
3. **E-MAIL: <**Contacto de e-mail>
* **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: <**dd/mm/aaaa>

 (assinatura e carimbo do TAIM)\_\_\_\_\_\_

1. Caso este pedido não seja apresentado pelo TAIM, anexar uma procuração (*power of attorney*) onde sejam conferidos poderes para tal a quem faz o pedido. [↑](#footnote-ref-1)
2. No caso da atualização a efetuar ser em mais do que um medicamento, deverá inserir o número de linhas necessário.

**NOTA:** Após preenchimento, este requerimento deverá ser impresso, datado, assinado e remetido por e-mail para o endereço submissao.alteracoes@infarmed.pt, com o Assunto: Pedido de atualização do Contacto Local de Farmacovigilância. [↑](#footnote-ref-2)