



NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE QUEIXA TÉCNICA (DESVIO DA QUALIDADE) DE MEDICAMENTO

Os campos com (*) são de preenchimento obrigatório. Notifique, ainda que desconheça parte da informação.

CONFIDENCIAL

Dados do notificador

1. Nome: _____ Data da notificação ___/___/___

2. Categoria profissional: () Médico () Dentista () Farmacêutico () Enfermeiro () Outro.
Descreva. _____

3. Nº de inscrição no Conselho: _____ UF _____

4. Telefone*: DDD () _____ 5. E-mail _____

Suspeita de Queixa Técnica (Desvio de Qualidade)

Nome do medicamento (comercial ou genérico)* _____

Nome do fabricante/ importador* _____

Endereço completo (conforme embalagem do produto) * _____

Nº do lote* _____ Data limite de validade do produto _____

Forma farmacêutica _____

Descrição detalhada do desvio*:

Em caso de dúvida ligue para 0XX (11) 3065 4753/ 3065 4745 ou envie sua mensagem para gtmedicamentos@cvs.saude.sp.gov.br