

ANEXO

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE REPROVAÇÃO DE
DROGA OU INSUMO FARMACÊUTICO

NOME FANTASIA/RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:

AUTORIZAÇÃO FUNCIONAMENTO Nº:ESPECIAL Nº:

LICENÇA ESTADUAL Nº :

CNPJ:

ENDEREÇO COMPLETO:

DENOMINAÇÃO (DCB OU DCI)/ CAS, QUANDO COUBER:

Nº LOTE:

DATA FABRICAÇÃO:

PRAZO VALIDADE:

EMBALAGEM:QUANTIDADE:

FABRICANTE:

NOME:

ENDEREÇO:

PAÍS:

NOTA FISCAL N.º:DATA:

FORNECEDOR:

NOME:

ENDEREÇO:

PAIS:

NOTA FISCAL N.º:DATA:

DESCRIÇÃO DO LAUDO DE ANÁLISE INSATISFATÓRIO:

TESTES REALIZADOS:

RESULTADOS ANALÍTICOS:

ESPECIFICAÇÃO:

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

TÉCNICOANALISTA:CR---/---:

DESTINO DO INSUMO REPROVADO:

DATA:

LOCAL DE ENVIO:

LOCAL/DATA:

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO: Nº_CRF: