

## ANEXO XIII

### Registro de Devolução de Talidomida por Desvio de Qualidade

<b>1. Unidade Pública Dispensadora:</b>		
Rua/Av: _____ nº: _____		
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____		
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____		
Nome do Farmacêutico _____ nº CRF: _____		
<b>2. Devolução pelo Usuário:</b>		
Devolvido por: _____		Telefone: _____
Data da Devolução: _____		
Número lote: _____	Fab: _____	Val: _____
Quantidade de comprimidos devolvidos: _____		
Data da Dispensação: _____		
<b>3. Descrição do desvio da qualidade:</b>		
<b>4. Contato com o laboratório oficial:</b>		
Data: _____		
Pessoa contatada: _____		Telefone: _____
Providências: _____		
<b>5. Envio do medicamento ao laboratório oficial:</b>		
Nota fiscal ou documento equivalente: _____		Data: _____
Quantidade de comprimidos: _____		
Número do lote: _____	Fab: _____	Val: _____
_____		
Assinatura e Carimbo e do Farmacêutico Responsável		

(1ª via) – laboratório oficial fabricante      (2ª via) – unidade pública dispensadora