



SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO - MT
CNPJ: 03.239.076/0001-62
Avenida Porto Alegre nº 2525 - Centro - (66) 3545-4700

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA OU DESVIO DE QUALIDADE DE MEDICAMENTOS

Ano **2020**

Situação **Publicada**

Objeto/Descrição

O formulário deverá ser preenchido por qualquer profissional e encaminhado ao Departamento de Assistência Farmacêutica para relatar reações adversas ao uso de medicamentos. E para notificar suspeitas de desvio de qualidade ou defeito de fabricação de medicamentos ou correlatos. Esse instrumento após análise poderá ser utilizado para desclassificação de fornecedores no processo licitatório.

Publicado em **27/11/2020**

Atualizado em **27/11/2020**

Anexos

Formulário de Notificação de Reação Adversa ou Desvio de Qualidade de Medicamentos.pdf

Pagamentos

Total R\$ 0,00

Trâmites

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO - SORRISO.MT.GOV.BR