

Formulário de Devolução de Medicamentos de Uso Próprio

Setor: _____
Data: ____/____/____

Nome (completo e sem abreviações): _____
BAE: _____
Data de Nascimento: _____

Medicamentos Devolvidos	Quantidade Devolvida	Lote	Validade	Observação

Responsável pela Devolução do
Medicamento:

Nome: _____
Cargo/Matricula: _____
Data: ____/____/____

Responsável pelo Recebimento da Devolução:

Nome: _____
RG: _____
Data: ____/____/____