

	Unidade: Endereço: CEP: Tel.: (21)	POP.DOP.001 – FORM IV – Autorização de Saída de Itens de Equipamentos / Insumos / Medicamentos
---	---	--

ASE – Autorização de Saída de Itens de Equipamentos / Insumos / Medicamentos

Data:

De:

Para:

Em caráter de:

ITEM	QTDD	MARCA	MODELO	Nº DE SÉRIE	ACESSÓRIOS	CARÁTER

Responsável pelo setor: Ass./carimbo:	Equipamento liberados por: Ass./carimbo:	Recebido /conferido por: Ass./carimbo:
--	---	---