

Formulário de Devolução de Medicamentos

Setor:	
--------	--

Plantão:	() Diurno	() Noturno
----------	------------	-------------

Data:	Hora:
-------	-------

BAM	Medicamento	Quantidade	Validade	Motivo *	Observação

* (1) Óbito; (2) Alta Hospitalar; (3) Alteração de Prescrição; (4) Excesso no Setor; (5) Dispensa Errada; (6) Outros - especificar no campo Observação

Responsável pela Devolução

Responsável pelo Recebimento da Devolução