

**DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS
TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO**

NOME DA UNIDADE:

SETOR:

DATA:

NOME:

BAE/PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

MEDICAMENTO DEVOLVIDO	QUANTIDADE DEVOLVIDA	LOTE	VALIDADE	OBSERVAÇÃO

OBSERVAÇÕES

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO

NOME:

ASSINATURA/CARGO/MATRÍCULA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

NOME:

ASSINATURA/CARGO/MATRÍCULA: