



ATA DE DEVOLUÇÃO / RECOLHIMENTO

Unidade de Saúde:	Responsável:			Data:	
	Descrição dos Itens	Concent./ apresent.	Lote	Validade	Quantidade

Motivo da Devolução / Recolhimento

Atenção: Evite o Descarte de Medicamentos ou Correlatos, solicite remanejamento com no mínimo 3 (três) meses de antecedência.

Responsável GSMC: _____

 Data: ____/____/____

