



HOSPITAL DO
CENTRO

Sempre cuidando de você!

FORMULÁRIO - FARMÁCIA

CONTROLE DE VALIDADE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS ATÉ 6 MESES

Código: FORM.HC.FARM.002

Versão: 002

Página: 1 de 1

Colaborador: _____ Endereços verificados: _____

() Não há mat/med a vencer em seis meses. Ass: _____ Setor: Farmácia UTI GERAL I () Farmácia CC () Farmácia UTI GERAL II () Farmácia UTI D ()

() Há mat/med a vencer em seis meses. Anotar itens e arquivar na pasta de controle para verificação pelo Farmacêutico. Visto farmacêutico (a): _____