

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): _____

[illegible]