PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RELATÓRIO DE MEDICAMENTOS

UNIDADE DE SAÚDE:		
RESPONSÁVEL:	**MEDICAMENTOS: ( ) VENCIDOS ( ) DETERIORADOS**	
ASSINATURA:	**MÊS DE REFERÊNCIA:**	**ANO: 2020**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	LOTE	JUSTIFICATIVA

DATA:____/____/_____ ASSINATURA DO COORDENADOR: _____