



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE SORRISO – MT
Departamento de Assistência Farmacêutica

Unidade de Saúde		
Mês de referência		Ano 2021

PLANILHA DE VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA DA GELADEIRA

	PERÍODO MATUTINO				PERÍODO VESPERTINO				RESPONSÁVEL
DIA	HORÁRIO	TEMPERATURA (°C)			HORÁRIO	TEMPERATURA (°C)			
		MAX	MIN	MOM		MAX	MIN	MOM	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									