

### TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

Devolvo à Subunidade de Distribuição, da Unidade de Dispensação Farmacêutica, os medicamentos abaixo relacionados:

Clínica:	
Responsável pela devolução:	
Função:	Data: ____/____/____

Medicamento 1:		
Lote:	Validade:	Quantidade:
Paciente:	Prontuário:	Leito:
Justificar o motivo do vencimento:		

Medicamento 2:		
Lote:	Validade:	Quantidade:
Paciente:	Prontuário:	Leito:
Justificar o motivo do vencimento:		

Medicamento 3:		
Lote:	Validade: ____/____	Quantidade:
Paciente:	Prontuário:	Leito:
Justificar o motivo do vencimento:		