

1. Data: ____/____/____

2. Dispositivo: () Carro de Parada () Maleta de Transporte

3. Setor: _____

4. Completude do Dispositivo: () Conforme () Não Conforme

5. Motivo da abertura: () Conferência mensal de validade () Outros: _____

6. Registro de alterações:

7. Numeração dos Lacre:

Lacre Retirado: _____ Lacre Reposto: _____

8. Farmacêutico responsável pela conferência:

Nome Legível e carimbo: _____