

UNIDADE:	MÊS/ANO:	SETOR:
----------	----------	--------

LIMPEZA / DESCONGELAMENTO	Nº DA GELADEIRA	DATA / HORA	NOME DO RESP	Nº DA GELADEIRA	DATA / HORA	NOME DO RESP
1ª SEMANA						
2ª SEMANA						
3ª SEMANA						
4ª SEMANA						
5ª SEMANA						
6ª SEMANA						
7ª SEMANA						
8ª SEMANA						

Assinatura da Supervisão:_____

DATA: __/__/____.