



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL
SUPERINTENDENCIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



ANEXO III

TERMO DE DEVOLUÇÃO

Data do registro: __/__/__

UF: _____

Município: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PREENCHEDOR

Nome: _____

Lotação: _____

Cargo/ Função: _____

Telefone: (__) ____ - ____

e-mail: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DISPENSADORA

Nome: _____

CNPJ: _____

Farmacêutico Responsável: _____

CRF: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

RG: _____



TERMO DE DEVOLUÇÃO

Firmo, pelo presente Termo de Devolução, o compromisso em recolher/ devolver o quantitativo de Miltefosina, conforme descrição abaixo, no prazo estabelecido.

Declaro que prestei/ recebi as orientações quanto ao local e forma de devolução, quanto aos cuidados no armazenamento, bem como, sobre a forma e precauções de uso.

Data para devolução: __/__/__

Quantidade a ser devolvida (n° cápsula): _____

Lote: _____

Validade: __/__/__

Data de Assinatura: __/__/__

Assinatura do preenchedor

Assinatura do paciente (ou responsável)

Assinatura do farmacêutico responsável



REGISTRO DA DEVOLUÇÃO

Data da realização da devolução: __/__/____

Quantitativo devolvido (n° cápsula): _____

Lote: _____

Validade: __/__/____

Assinatura do preenchedor

Assinatura do paciente (ou responsável)

Assinatura do farmacêutico responsável