



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – DAS / COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA – CGFB  
GERÊNCIA DE SUPRIMENTOS DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS - GSMC  
Avenida Juca Sampaio, 620 - Barro Duro - Maceió-Alagoas - Cep-57040-600 Telefone: (82) 3312 -5447 – E-mail: caf@sms.maceio.al.gov.br

### ATA DE DEVOLUÇÃO / RECOLHIMENTO

| Unidade de Saúde:   | Responsável:        |      |          | Data:      |             |
|---------------------|---------------------|------|----------|------------|-------------|
| Descrição dos Itens | Concent./ apresent. | Lote | Validade | Quantidade | Autorização |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |
|                     |                     |      |          |            |             |

### Motivo da Devolução / Recolhimento

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Atenção: Evite o Descarte de Medicamentos ou Correlatos, solicite remanejamento com no mínimo 3 (três) meses de antecedência.

Responsável GSMC: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_