



SECRETARIA DE SAÚDE
Autoridade Sanitária
BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVAS E OUTROS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL - BMPO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

	Razão Social _____				
	Endereço _____				
	C.G.C. [][][][] + [][][][] - [][][][][][][][][][][][][][]			Nº da Licença de funcionamento []	
	Telefone: () _____			Fax: () _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Balanco: Exercício [][][][] Anual [] Trimestral [] Período ____/____/____ a ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Preenchido por: _____ C.R.F. _____ Região _____ Data ____/____/____
Assinatura _____

IDENTIFICAÇÃO DO REPOSÁVEL PELO RECEBIMENTO (Use Exclusivo da Autoridade Sanitária Local)

Recebido por: _____ R.G. _____ Cargo: _____ Data ____/____/____
Conferido por: _____ R.G. _____ Cargo: _____ Data ____/____/____

BALANÇO COMPLETO DE MEDICAMENTOS

RAZÃO SOCIAL: _____ Nº DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO _____

EXERCÍCIO: _____ PERIODICIDADE: TRIMESTRAL: 1º () 2º () 3º () 4º () - ANUAL ()

Nº DO CÓDIGO NA DCB	DESCRIMINAÇÃO DCB	NOME DO MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO E CONCENTRAÇÃO	ESTOQUE INICIAL	ENTRADA (AQUISIÇÃO)	SAÍDA (VENDAS)	PERDA	ESTOQUE FINAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ PAG

BALANÇO DAS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS

RAZÃO SOCIAL: _____ Nº DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO _____

EXERCÍCIO: _____ PERIODICIDADE: TRIMESTRAL: 1º () 2º () 3º () 4º () - ANUAL ()

Nº DO CÓDIGO NA DCB	DESCRIMINAÇÃO DCB	NOME DO MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO E CONCENTRAÇÃO	NOME DA EMPRESA FORNECEDORA	C.G.C	Nº DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE ADQUIRIDA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO _____ PAG