ANEXO II

RELAÇÃO MENSAL DE USO DE MEDICAMENTOS A BASE DA SUBSTÂNCIA MISOPROSTOL

CARMBO CNPJ DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

CARIMBO DO ÓRGÃO

RECEPTOR

---------- **----------**

MÊS **ANO**

_____

NOME DO ESTABELECIMENTO

_____ _____

ENDEREÇO COMPLETO **ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL TECNICO**

DIA	NOME COMPLETO DO PACIENTE	ENDEREÇO COMPLETO	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	C.I.D. OU JUSTIFICATIVA	NOME DO MÉDICO	CRM	NOME E QUANTIDADE DO MEDICAMENTO

RESUMO

NOME DO MEDICAMENTO	ESTOQUE INICIAL	ENTRADA	NOME DO FORNECEDOR	ENDEREÇO DO FORNECEDOR	Nº NOTA FISCAL	SAÍDA	PERDA	ESTOQUE FINAL