



FORMULÁRIO DE TERMO DE BAIXA DE MEDICAMENTO – Anexo 4

| | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nº DO TERMO | |
| UDME (NOME E CNES) | |
| DATA DA BAIXA | |
| MOTIVO DA BAIXA | () EXPIRAÇÃO DE VALIDADE () AVARIA () OUTRA: _____ |

| Nº | MEDICAMENTO | APRESENTAÇÃO | LOTE | VALIDADE | QUANTIDADE |
|----|-------------|--------------|------|----------|------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Procedeu-se o encaminhamento para o processo de inutilização do(s) medicamento(s), discriminados acima. O gerenciamento de resíduos é executado por empresa credenciada, conforme Resolução (ANVISA) RDC nº 306 de 07 de dezembro de 2004.

RESPONSÁVEIS PELA BAIXA (UDME)

| PROFISSIONAL | NOME | Nº CONSELHO | ASSINATURA |
|--------------|------|-------------|------------|
| FARMACÊUTICO | | | |
| COORDENADOR | | | |