



# SECRETARIA DA SAÚDE

## TERMO DE INUTILIZAÇÃO DE VACINAS, SOROS E AFINS

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ DIVISÃO TÉCNICA REGIONAL: \_\_\_\_\_

Estamos inutilizando nesta data os seguintes produtos:

NOME DO ITEM	APRESENTAÇÃO	UNIDADE P/ CONTAGEM	LOTE	VENCIMENTO	QUANTIDADE	LABORATÓRIO PRODUTOR

Motivo: \_\_\_\_\_

Testemunhas: 1 - \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo  
- Enfermeiro -