



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ**

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE OPME À EMPRESA CONTRATADA

NOME DO PACIENTE: _____ DN ____/____/____

Nº DO LEITO DO PACIENTE: _____ DATA DA CIRURGIA: _____

HORÁRIO: _____ TIPO DE CIRURGIA: _____

EQUIPE CIRÚRGICA: _____

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QTD	FABRICANTE	Nº LOTE	Nº REGISTRO ANVISA

*Declaro que os itens descritos acima foram devolvidos sem avaria à empresa contratada.

Responsáveis pela conferência e devolução dos materiais:

Representante da empresa
RG/ID Mil

Enfermagem Centro cirúrgico /RG

Farmácia RG/ID Mil