



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

**TERMO DE RECEBIMENTO DE OPME ESTÉRIL EM CARATER DE EMERGÊNCIA DA FARMÁCIA
HOSPITALAR OU DEPÓSITO DE MATERIAL CIRÚRGICO (DMC) OU DEPÓSITO CIRÚRGICO (DC)
OU CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF) OU SETOR CORRESPONDENTE**

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

OBS: No caso de inconformidades, descrever detalhadamente abaixo:

Representante da empresa
/RG RG/ID Mil

Enfermagem Centro cirúrgico

Farmácia RG/ID Mil