



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS



FORMULÁRIO		
RECIBO DE DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	CÓDIGO: FP.ATRA.001	REVISÃO: 00 PÁGINA:1/1

Receptor:
Data de nascimento:

DADOS DO HEMOCOMPONENTE					
Nº DA BOLSA	GRUPO/ Rh	PRODUTO	MOTIVO NÃO TRANSFUNDIDO	N. RI	DATA DA RT
OBSERVAÇÕES:					

Dados do Instituto	
Func. do IHHS: _____	Data: ____/____/____
Horário: _____	Temperatura: _____ °C
IHHS - Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe. Rua Guilhermino Rezende - 187 - São José Fone: (79) 3211-8355	



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS



FORMULÁRIO		
RECIBO DE DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	CÓDIGO: FP.ATRA.001	REVISÃO: 00 PÁGINA:1/1

Receptor:
Data de nascimento:

DADOS DO HEMOCOMPONENTE					
Nº DA BOLSA	GRUPO/ Rh	PRODUTO	MOTIVO NÃO TRANSFUNDIDO	N. RI	DATA DA RT
OBSERVAÇÕES:					

Dados do Instituto	
Func. do IHHS: _____	Data: ____/____/____
Horário: _____	Temperatura: _____ °C
IHHS - Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe. Rua Guilhermino Rezende - 187 - São José Fone: (79) 3211-8355	