FORMULÁRIO		
CONTROLE DE EVASÃO	CÓDIGO: FP.ADM.012	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/1

MÊS/ANO: _____			LOCAL: RECEPÇÃO			
DATA	HORA	PRONTUÁRIO	SETOR	ENFERMEIRO(A) DO SETOR	RESPONSÁVEL RECEPÇÃO	OBSERVAÇÃO
ANOTAÇÕES:						