



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS
GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
ASSESSORIA DE HANSENÍASE



Ligue – Hansen: 0800-642-7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

MOVIMENTO MENSAL DE ESTOQUE DE MEDICAMENTOS HANSENOSTÁTICOS E/OU ANTIRREACIONAIS

Município:

U. de Saúde:

Data:

1. MEDICAMENTO	2. UNIDADE	3. Saldo do Mês Anterior _/_/___	4. MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE				5. Saldo Final em _/_/___	6. Validade	7. Nº de Pacientes em Tto	8. Qtde Solicitada	
			4.1. Data de Recebimento na SESAU _/_/___	4.3. Distribuído	4.4 Remanejado	4.5. INUTILIZADO					
			4.2. Qtde Recebida			Qtde.					Data de Venc.
CLOFAZIMINA 50 MG	COMP										
CLOFAZIMINA 100 MG	COMP										
MINOCICLINA 100 MG	COMP										
MB ADULTO	BLISTER										
MB INFANTIL	BLISTER										
OFLOXACINO 400 MG	COMP										
PB ADULTO	BLISTER										
PB INFANTIL	BLISTER										
PENTOXIFILINA 400 MG	COMP										
PREDNISONA 5 MG	COMP										
PREDNISONA 20 MG	COMP										
RIFAMPICINA 300 MG	COMP										

Informações adicionais: _____

Ass./Carimbo do Resp.
(Município): _____

Fone: _____
(Enfermeiro - Médico ou Farmacêutico DOCUMENTOS SEM ASSINATURA E CARIMBO NÃO SERÃO ATENDIDOS)

Técnico da SES: _____

Data da Dispensação / SES: _____

OBS: Mesmo que não haja pacientes em tratamento o movimento deve ser encaminhado mensalmente. O instrutivo consta no verso

