



Hospital _____ RELAÇÃO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAR

PROCEDÊNCIA:

[illegible]

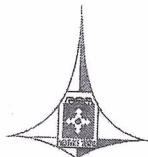
Data:

Mod. 61.02 - N.P.Gráfica

Assinatura

Formato: 148x210 mm

CC. 40398



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF

Hospital _____ RELAÇÃO DE MATERIAL PARA ESTERILIZAR

PROCEDÊNCIA:

[illegible]

Data:

Assinatura