



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



RECIBO DE DISTRIBUIÇÃO MANUAL DO MEDICAMENTO
NIRMATRELVIR/RITONAVIR (NMV/r) PARA TRATAMENTO DE COVID-19

Unidade Distribuidora (UDAF): _____

Unidade Solicitante/Receptora: _____

CNES: _____

Nome do Paciente: _____

Quantidade Distribuída: _____

Lote/Validade*: _____

Responsável pela retirada

Responsável pela distribuição do medicamento

_____, ____/____/____
Local e Data

* Declaro estar ciente da validade do medicamento dispensado, conforme orientações dispostas na Nota Informativa nº 01/2024 - DIAF/SPS/SES/SC e na Nota Técnica Conjunta 38/2023 - CGAFME/DAF/SECTICS/MS e CGVDI/DIMU/SVSA/MS