



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

CONTROLE DE TEMPERATURA FREEZER - PLASMA E CRIO

Código: F.HABF.113

Versão: 00

Elaboração: 19/12/2022

TEMPERATURA IDEAL: -20°C ou inferior										MÊS/ANO: _____/_____/_____																	
DIA	08 HORAS				12 HORAS				16 HORAS				20 HORAS				00 HORAS				04 HORAS				OBS	ASS. SUPERV.	
	LEI	MIN	MAX	Ass	LEI	MIN	MAX	Ass	LEI	MIN	MAX	Ass	LEI	MIN	MAX	Ass	LEI	MIN	MAX	Ass	LEI	MIN	MAX	Ass			
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.
CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.
dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



