|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA****Escritório da Qualidade****LISTA DE PRESENÇA** | **Código do Formulário****G.Enf01/2022** | **Dt Elab: 19/12/2021 Página 01****Revisão 02 Data: 12/09/2022** |



|  |
| --- |
| **ABORDAGEM: Leite Humano Ordenhado - Verificação de Off-flavor** |
|  | **DATA:**  |
| **SETOR: Banco de Leite** | **HORÁRIO: 14:00 horas** |
| **LOCAL DO EVENTO: Hospital São João Batista - HSJB** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PROFISSIONAL** | **FUNÇÃO** | **ASSINATURA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |
| 31 |  |  |  |
| 32 |  |  |  |
| 33 |  |  |  |
| 34 |  |  |  |
| 35 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 36 |  |  |  |
| 37 |  |  |  |
| 38 |  |  |  |
| 39 |  |  |  |
| 40 |  |  |  |
| 41 |  |  |  |
| 42 |  |  |  |
| 43 |  |  |  |
| 44 |  |  |  |
| 45 |  |  |  |
| 46 |  |  |  |
| 47 |  |  |  |
| 48 |  |  |  |
| 49 |  |  |  |
| 50 |  |  |  |
| 51 |  |  |  |
| 52 |  |  |  |
| 53 |  |  |  |
| 54 |  |  |  |
| 55 |  |  |  |
| 56 |  |  |  |
| 57 |  |  |  |
| 58 |  |  |  |
| 59 |  |  |  |
| 60 |  |  |  |
| 61 |  |  |  |
| 62 |  |  |  |
| 63 |  |  |  |
| 64 |  |  |  |
| 65 |  |  |  |
| 66 |  |  |  |
| 67 |  |  |  |
| 68 |  |  |  |
| 69 |  |  |  |
| 70 |  |  |  |
| 71 |  |  |  |
| 72 |  |  |  |
| 73 |  |  |  |
| 74 |  |  |  |
| 75 |  |  |  |
| 76 |  |  |  |
| 77 |  |  |  |
| 78 |  |  |  |
| 79 |  |  |  |
| 80 |  |  |  |