Termo de Doação de Medicamentos

Nº.:

_____, portador do documento de Identificação (Ex.: RG, CPF): _____, DECLARA para todos os efeitos legais que, nesta data, está promovendo a DOAÇÃO PURA E SIMPLES dos medicamentos abaixo e/ou anexo relacionados, sem qualquer ônus ou encargos, para a Farmácia Comunitária Vital Brazil – FCVB, e garante que comprou ou recebeu e armazenou corretamente mantendo a integridade e a qualidade dos produtos quando em sua posse, como seguem:

Item	Nome comercial + dosagem)	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Prazo de validade	Quantidade em unidades
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Doações acima de 20 itens, o registro será feito após triagem do quantitativo total e registrado em planilha identificada como anexo I.					

DECLARA, outrossim, ter pleno conhecimento de que a Farmácia Comunitária Vital Brazil – FCVB, dispõe de absoluta autonomia para realizar o armazenamento e a dispensação dos medicamentos sem fins lucrativos ou ilícitos, podendo incorporá-los ou não em seu estoque de produtos e efetuar posterior doação a outras instituições.

Por ser a expressão da verdade, firma o presente.

Sorocaba, _____ de _____ de 20____.

Assinatura doador (ciente e de acordo): _____

Este documento é de propriedade da Farmácia Comunitária Vital Brazil. É proibida a impressão ou cópia deste documento sem a expressa autorização do responsável técnico e demais pessoas autorizadas.

Identificação:FOR-FVB-04	**Termo de Doação de Medicamentos**	**Departamento: Farmácia Escola**
		Versão: 00

Anexo I: Relação de medicamentos doados referente ao Termo de Doação de número:_____	Página __ de ___

Item	Nome comercial + dosagem)	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Prazo de validade	Quantidade em unidades
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
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					

Legenda: Preencher todos os campos para identificação dos itens doados; Anexar ao Termo de doação pertinente.

Este documento é de propriedade da Farmácia Comunitária Vital Brazil. É proibida a impressão ou cópia deste documento sem a expressa autorização do responsável técnico e demais pessoas autorizadas.