



ANEXO II: FORMULÁRIO PARA RECEBIMENTO DE DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS

	FORMULÁRIO PARA DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS PESSOA FÍSICA/JURÍDICA																																																													
<u>RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS</u>																																																														
AMOSTRA GRÁTIS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PADRONIZADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> *preencher justificativa																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRINCÍPIO ATIVO</th> <th>NOME COMERCIAL</th> <th>FORMA FARMACÊUTICA</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>VALIDADE</th> <th>LOTE</th> <th>OBS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	FORMA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE	OBS																																																							
PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	FORMA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE	OBS																																																								
Justificativa para o recebimento de medicamento não padronizado: <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>																																																														
TERMO DE CIÊNCIA SOBRE A DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS																																																														
Venho por meio deste, declarar que tenho ciência sobre a doação do (s) medicamento(s) acima listados, os quais estarão sob o controle e armazenamento do Setor de Farmácia Hospitalar.																																																														
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Assinatura Médico Prescritor</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Assinatura membro da CFT</p>																																																														
Nome do Representante/doador:		CPF:																																																												
Nome da Empresa:	Telefone:																																																													
Autorização: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Autorização/ Entrega:																																																													
Farmacêutico Responsável pelo Recebimento:																																																														