



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

Atuando no combate do COVID-19, a Universidade Federal do Espírito Santo por meio do projeto Antissépticos UFES fará a doação de antisséptico a base de álcool 70% INPM destinados às Instituições Públicas do Sistema Único de Saúde e órgãos públicos que atendam a população em vulnerabilidade social conforme Edital. Para tanto, solicitamos que seja preenchido o pedido a seguir com informações do solicitante.

| | |
|---|-------------|
| Da Instituição Pública solicitante | |
| Nome: | |
| CNPJ da instituição solicitante: | Tel. 1: () |
| | Tel. 2: () |
| Endereço da instituição solicitante: | |
| e-mail: | |

| | |
|---|------|
| Do representante legal da instituição pública solicitante: | |
| Nome completo: | CPF: |

Destinação primária da doação:

| |
|--|
| Estimativa em Litros (L) de recebimento: |
| <input type="checkbox"/> Instituição Pública do Sistema Único de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Outros órgão Públicos |

Destinação secundária da doação

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Uso interno |
| <input type="checkbox"/> Doação a populações vulneráveis e mais expostas ao COVID-19 |

| Setor/População | Município | Nº estimado de famílias |
|-----------------|-----------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Documento necessários a serem enviados com este formulário:



Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde
Projeto de Extensão -1593 Antissépticos Ufes



- Cópia do RG e CPF do representante legal da instituição solicitante.
- Documentação comprobatória de sua condição de representante.

Informações importantes:

- Autorizada a doação, as despesas com carregamento e transporte dos bens serão de inteira responsabilidade do donatário, assim como eventuais danos a terceiros ocorridos durante o carregamento, transporte ou uso.

Assinatura: _____

Nome / cargo completo do representante legal da instituição solicitante