



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
Secretaria Municipal de Administração
Rua Angela Savernini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br

pag. 12
006179/2025



ANEXO I

FICHA DE DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS – PROGRAMA FARMÁCIA SOLIDÁRIA

Nome do Doador: _____ Endereço: _____

Telefone para contato: _____

NOME DO(S) MEDICAMENTO(S)	VALIDADE	QUANTIDADE	LOTE(se houver)

Declaro que os medicamentos acima foram armazenados adequadamente, não foram utilizados e estão dentro do prazo de validade.

Assinatura do Doador: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo Recolhimento: _____

Vereadores: Vergílio Marcos Furlan Camata – Paulo Costa – Davi Loredó Felipe

Documentos Nº 001813/2025