

MODELO DE RECIBO IV*Fornecimento de material de consumo, hospitalar ou clínico, de medicamentos ou de produtos de alimentação***LOGO DA INSTITUIÇÃO**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**RECIBO EM FAVOR DO DOADOR
PRONON – PRONAS/PCD****ANO CALENDÁRIO
DA DOAÇÃO:****NÚMERO DE
ORDEM:**

Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715 de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

01. TIPO DA OPERAÇÃO: Fornecimento de material de consumo hospitalar
 Fornecimento de material de consumo clínico
 Fornecimento de medicamentos
 Fornecimento de produtos de alimentação

02. VALOR DA DOAÇÃO:

Fornecimento de material de consumo hospitalar R\$ _____

Por extenso: _____

Fornecimento de material de consumo clínico R\$ _____

Por extenso: _____

Fornecimento de medicamentos R\$ _____

Por extenso: _____

Fornecimento de produtos de alimentação R\$ _____

Por extenso: _____

03. Documentação comprobatória para o tipo de operação vide Anexos**DADOS DO DOADOR****4. NOME:****5. CNPJ/CPF:****6. ENDEREÇO:****7. CIDADE:****8. UF:****9. CEP:****10. TELEFONE:****11. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA** (no caso de Pessoa Jurídica):**DADOS DO PROJETO****12.** [] PRONON **13.** [] PRONAS/PCD**14. TÍTULO DO PROJETO:****15. NUP DO PROJETO:****16. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:****17. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:****18. CNPJ:****19. ENDEREÇO:****20. TELEFONE:**

21. CIDADE:	22. UF:	23. CEP:
-------------	---------	----------

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

24. NOME:		
25. CPF:	26. CARGO:	27. TELEFONE:
28. LOCAL/DATA:	29. ASSINATURA E CARIMBO	
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA – INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Anexo I

**Fornecimento de material de consumo hospitalar ou clínico/
Medicamentos/ Produtos de alimentação**

- **Contrato de Fornecimento**
- **Ordem de Fornecimento**
- **Nota Fiscal/Fatura**

Material de consumo hospitalar ou clínico

Item	Especificação sucinta	Quantidade	Preço Unitário (em R\$)	Preço Total (em R\$)