



CAUTELA DE ENTRADA

Manaus, 21 de janeiro de 2021.

Recebemos Thainá Crossfit doação do material abaixo discriminado.

Item	Material	Unidade	Quantidade
01	Fralda Descartável RN	und	102
02	Fralda descartável G	Und	40
03	Fralda Descartável XG	Und	21
04	Gorro	Und	100
05	Luva Descartável G	Uns	100
06	Álcool Gel 500ml	Und	6
07	Mascara N95	Und	7
08	Mascara Descartável	Und	150


Secretária da Diretoria


RECEBIDO
Almoxarifado HPSCZO



22/01/2021

Impressão pedido #2030 - Loja da Fralda

Loja da Fralda

REMETENTE:

Loja da Fralda
Rua Tirza Carvalho - 162
Adrianópolis - Manaus / AM
CEP: 69055010 BR

DESTINATÁRIO:

Tarcila Guerreiro Brito
Av. Brasil, 989 - Pronto Socorro Infantil
Compensa - Manaus / AM
CEP: 36722-700 Brasil
Envio via: ~~Retirar pessoalmente~~

Quantidade = 25


Shirley Greicy S. Cerqueira
Assistente Social
GRESS - AM/RR Nº 9571



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

TERMO DE DOAÇÃO E RECEBIMENTO

O HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA DA ZONA OESTE AGRADECE A DOAÇÃO DE 23 **MÁSCARAS DE VNI** REALIZADA PELO JOGADOR DE FUTEBOL RAPHAEL VEIGA, NO QUAL AJUDARÁ NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTES NESTE HOSPITAL.

mm


JULIANA X. DE A. B. DE S. MEDEIROS
Diretora Geral do Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste





AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

TERMO DE REBECIMENTO DE DOAÇÃO DE OXIMETRO DE DEDO

Do: WHINDERSSON NUNES

Para: HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA OESTE.

Pelo presente, faço o recebimento de 50 (cinquenta) unidades de oxímetros de dedo da marca: GASLIVE.

Respeitosamente,

Manaus, 01 de fevereiro de 2021.


Alcides Monteiro Neto
Enfermeiro-NEP/HPSCZO

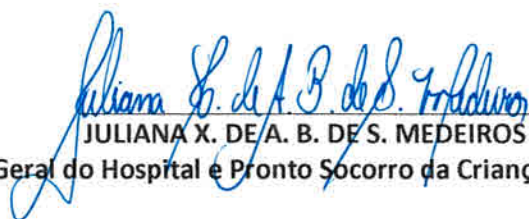
ENTREGUE POR  

21999251292

TERMO DE AGRADECIMENTO

O HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA DA ZONA OESTE AGRADECE A DOAÇÃO DE **30 MACACÕES DE PANO, 01 TERMÔMETRO INFRAVERMELHO, 03 RESSUSCITADORES PEDIÁTRICOS, 02 RESSUSCITADORES NEO E 23 MÁSCARAS VNI**, REALIZADA PELOS **AMIGOS DA DENI/PONTE DO BEM**, NO QUAL AJUDARÁ NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES NESTE HOSPITAL.

Manaus, 29 de janeiro de 2021.



JULIANA X. DE A. B. DE S. MEDEIROS

Diretora Geral do Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste



SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria-Membro da Associação Médica do Amazonas

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOAÇÕES

Nº _____/2021.

A Sociedade Amazonense de Pediatria - SAPED, inscrita no CNPJ sob nº 04.168.266.0001-07, com sede à Rua Professora Cacilda Pedroso, nº 19 - Alvorada, Manaus-AM, CEP: 69.042-340. Faz doação ao **Pronto-Socorro da Criança Zona Oeste**, situado na Av. Brasil, 989 - Compensa I, Manaus - AM, 69.083-000 os itens descritos abaixo:

DESCRIÇÃO DE MERCADORIA PARA DOAÇÃO	Quantidade
Máscara Facial KN95	125 und
Touca TNT - c/100 unds	16 und
Avental Descartável Manga Longa - pct/ 10 und.	03 pct

Dr. Brito
Dr. Luiz Afonso Britto
GERENTE TÉCNICO HPSC - ZO
CRM - AM 6257

Responsável pelo recebimento: _____
RG do responsável: 1537343-6

Manaus, 05 / 03 / 2021

Termo de Doação

Itens:


02 Lâminas NR 1 RT Infantil para Laringoscópio INOX
02 Máscaras VNI Pequena

Entregue para o time de heróis atuantes no Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste.

Manaus, 30 de Janeiro de 2021.

Termo de Recebimento:


Carolina Duarte
COREN-AM 211.2447



SOS AM

TERMO DE DOAÇÃO Nº 163/2021-SOS - AM, celebrado entre o **GRUPO DE VOLUNTÁRIOS SALAADA SOLIDÁRIO E PARCEIROS** e o/a **HOSPITAL DA CRIANÇA DA ZONA OESTE**, na forma abaixo:

Aos 23 dias do mês de janeiro de 2021, de um lado o **GRUPO DE VOLUNTÁRIOS SALAADA SOLIDÁRIO E PARCEIROS**: 1 - BORA AJUDAR - @borajudar; 2 - AMOR SEM CAÔ - @amorsemcao; 3 - INSTITUTO ÁGAPE - @institutoagapemanaus; 4 - PROJETO + AMOR - @maisamor.am; 5 - PROJETO SOMAR - @projetosocial.somar; 6 - TCHIBUM - @institutotchibum; 7 - MORADIA E CIDADANIA - @ongmoradiacidaniaam; 8 - RAZÕES PRA ACREDITAR - @razoesparaacreditar; 09 - VIDA ATIVA; 10 - GLOBAL SHAPERS MANAUS - @globalshapersmanaus; 11 - INSTITUTO NOSSA JORNADA - @institutonossajornada; 12 - VOAA - @voaa_vaquinharazoes; 13 - SOMOS GAV - @somosgav como **DOADOR**, neste ato representado por Thiago Gonçalves Lara Souto, portador da Carteira de Identidade nº 37106419-3, inscrito no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o número 881.924.822-00, e de outro lado a **HOSPITAL DA CRIANÇA DA ZONA OESTE** neste ato representado por seu procurador, senhor(a) Lucio DOS SANTOS MONTeiro NETO (Representante da Instituição), portador(a) da Carteira de Identidade nº 3196787 inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o número 66061750200 firmam **TERMO DE DOAÇÃO** de BENS, conforme relação anexa, oportunidade em que o donatário declara que esta entidade se compromete a utilizar os bens recebidos em doação exclusivamente para fins de interesse social. Efetivada a doação, estou ciente de que:

- os bens serão entregues na condição em que se encontram;
- os bens deverão ser retirados/recebido dentro do prazo estipulado pelo Grupo de Voluntários Salaada Solidário e parceiros;
- esta entidade arcará com o ônus e os riscos decorrentes do transporte, utilização e guarda do bem, a partir da efetiva entrega;
- esta entidade assumirá inteira responsabilidade pela guarda, manuseio, manutenção, uso e destinação adequada do bem, em cumprimento às necessidades de urgência ocasionadas em decorrência do novo Coronavírus - COVID-19, e ainda, considerando o Decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020, que decreta a situação de emergência na saúde pública do Estado do Amazonas.



Informações: (92) 98103-8708 | (92) 99299-6792 | (92) 98113-5632

SOS AM

TERMO DE DOAÇÃO Nº 163/2021 SOS-AM
ANEXO 01 - RELAÇÃO DE ITENS -
HOSPITAL DA CRIANÇA DA ZONA OESTE

	MATERIAL	QTDE
1.	CONECTOR EXALATÓRIO BIPAP	2 UND
2.	AVENTAL	300 UND
3.	LUVA DE PROCEDIMENTO	40 CX
4.	MÁSCARA PFF2	100 UND
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

[Handwritten signature] *[Handwritten signature]* 13/02

H P S C - ZONA OESTE
ALMOXARIFADO
ENTRADA
LANÇADO EM: 17/02/21
Alan Gomes
Ass. Funcionário

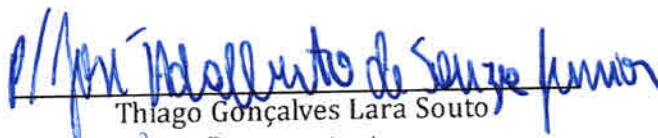


Informações: (92) 98103-8708 | (92) 99299-6792 | (92) 98113-5632

SOS AM

e) esta entidade não poderá utilizar o bem doado em desacordo com as finalidades descritas neste termo, sob pena de reversão.

E para constar, o presente TERMO, vai assinado pelos representantes do DOADOR e do DONATÁRIO e pelas testemunhas a seguir enumeradas.


Thiago Gonçalves Lara Souto
Representante
SOS AM

Nome:
Função:

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:



Informações: (92) 98103-8708 | (92) 99299-6792 | (92) 98113-5632