

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____
declaro que me responsabilizo a transportar e irei encaminhar o medicamento
HIDROXICLOROQUINA para o paciente
_____,
CNS _____ que reside em
_____(CIDADE).

Declaro, ainda, estar plenamente esclarecido e consciente que o medicamento
HIDROXICLOROQUINA é um medicamento controlado e que responderei, em todas as
instâncias (responsabilidade penal e civil), pelas consequências das ações ou omissões de
minha parte, que possam pôr em risco o transporte até a entrega do medicamento ao
paciente _____.

Salvador, _____ de _____ de _____.

CPF/ou CNS: _____

Telefone _____

E-mail (opcional): _____

Assinatura por extenso _____