

**TERMO DE DOAÇÃO DE ACERVO**

DATA: ____/____/____

NOME _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____

CEP: _____

TELEFONES(S): _____

E-MAIL: _____

CRM: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

Declaro que doei ao Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul o material abaixo descrito. O Museu, a partir desta data, se responsabilizará por sua conservação e guarda. Por tratar-se de Instituição cuja finalidade diz respeito à medicina, autorizo desde já que seja dado o destino apropriado (descarte, doação a outras instituições, etc.) para todo o material que não estiver de acordo com a tipologia do mesmo ou que, ao ser avaliado for considerado impróprio (estiver danificado de forma que não possa ser recuperado) para o seu Acervo, bem como se constar em duplicata.

Marcar com um “X” os tipos de materiais recebidos

() Material Bibliográfico () Material Arquivístico () Material tridimensional

Descrição sumária de quantidades e dos materiaisMaterial Bibliográfico

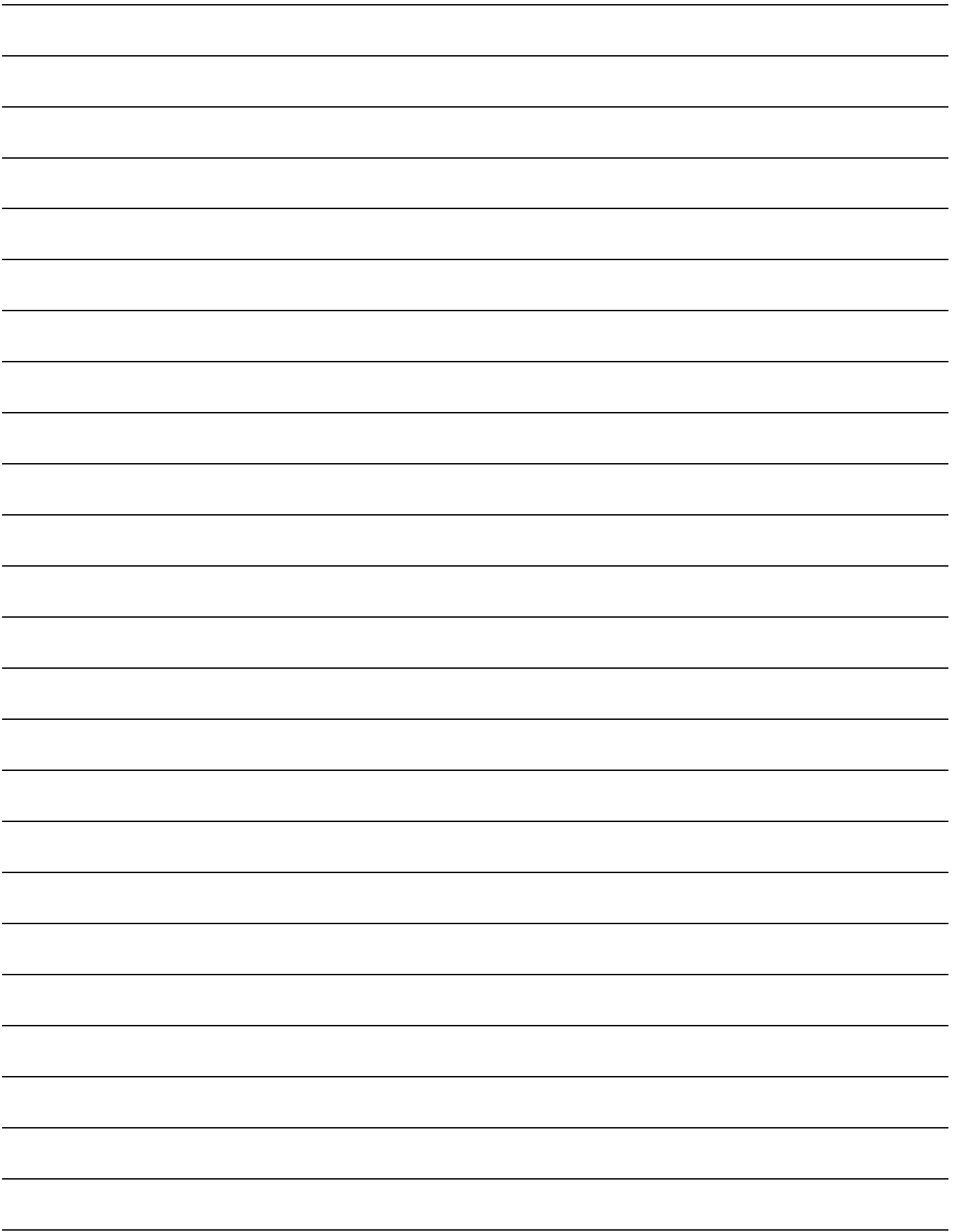
Quantidade (mesmo que aproximada)	A quem pertenceu

Material Arquivístico

Quantidade (mesmo que aproximada)	A quem pertenceu

Material tridimensional

Quantidade (mesmo que aproximada)	
A quem pertenceu	
Alguém mais utilizou o material	
Cidade (s) em que o material foi	





Laudo Técnico de Estado de Conservação

Condições do material:

- Amassado
- Desgaste
- Empenamento
- Infestação Insetos
- Fungos
- Mancha
- Marca
- Oxidação
- Partes Soltas
- Rasgos

Observações:

Responsável:

Data:

NOME POR EXTENSO: _____



Recibo de doação

_____, _____ de _____.

O Sr.(a) _____

Está ciente que fez doação de _____
ao Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. O Museu, a partir desta data, se responsabilizará por sua conservação e guarda. Por tratar-se de Instituição cuja finalidade diz respeito à medicina, autorizo desde já que seja dado o destino apropriado (descarte, doação a outras instituições, etc.) para todo o material que não estiver de acordo com a tipologia do mesmo ou que, ao ser avaliado for considerado impróprio (estiver danificado de forma que não possa ser recuperado) para o seu Acervo, bem como se constar em duplicata.

Doador

NOME POR EXTENSO: _____

NOME POR EXTENSO: _____

Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul