



PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAIS



GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE NAVIRAÍ-MS
"Sua saúde em boas mãos"

Data, ____ / ____ /20 ____

0502

Nome: _____

Endereço: _____

| Quant. | Discriminação | Lote | Venc. |
|--------|---------------|------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Visto Responsável _____

Assinatura _____