



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA POTIGUARA, 504
CEP: 98500-000 - TENENTE PORTELA - RS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data _____/_____/_____