

REGULARIZAÇÃO DE BENS DURÁVEIS

Ilmo(a) Sr(a) Diretor(a) do Departamento de Saúde - SMS

NOME DA UNIDADE SOLICITANTE:

NOME DO REPRES	SENTANTE DA UNI	DADE:		29 0		
CPF:		The state of the s	RG:			
ENDEREÇO DA UNIDADE: (RUA, AVENIDA)				NÚMERO:		
	4 69					
COMPLEMENTO:			BAIRRO:			
CIDADE / UF:					CEP:	
E-MAIL:				TELEFONE:		
pelo presente tanto os docu		r a regularização dos bens du	ıráveis adquiridos com verba	do Programa Previne Br	asil, juntando para	
1 - Notas Fisc	cais:					
2 - Cópia do (CPF e RG do	representante da Unidade;				
3 – Outros:					N NE	
	(CASO	RELAÇÃO DE MATE O ESPAÇO SEJA INSUFICIENTE, CO	ERIAIS A SEREM REGULAR	IZADOS		
NT FISCAL Nº	QTDE		DESCRIÇÃO DO MATERIAL	7.1., 1.0.2.1.0.2.1.1.0.1.1.1.2,	VR UNITÁRIO (R\$)	
N. FIGORE N	4.52				VII OIIII VIIII (III)	
		 				
	+-/+					
				- DET		
	Y UA E			FLUE		
		VIRTLITE	<u>CIVITAD</u>			
Ciente, encar	minhe-se:					
1º - ao Distrito	o de Saúde -	SMS, para conferência e valid ento de Saúde.	dação das informações presta	adas;		
IDENTIFICAÇÃO E	ASSINATURA DO	REPRESENTANTE DA UNIDADE:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATI	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DISTRITAL:		
DATA:			DATA:			

À Secretaria Municipal de Administração Departamento Administrativo Coordenadoria Setorial de Patrimônio

- 1. Informamos que os bens aqui arrolados foram adquiridos de acordo com as normas e regras instituídas pelo Programa em questão e foram conferidos e validados, nos termos do Decreto Municipal nº 21.077 de 23/09/2020;
- 2. Solicitamos as providências tendentes à formalização do processo de regularização dos bens.

DATA DEPARTAMENTO DE SAÚDE

NAO RASURAR NESTE ESPAÇO