



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DIVISÃO DE GESTÃO E CONTROLE DO PATRIMÔNIO, MATERIAIS E INSUMOS

**RECIBO DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS
MUNICÍPIOS
15ª REMESSA (17/12/2020)**

Eu, _____,

Funcionário (a) do (a) **MUNICÍPIO CAMPINHAS DO SUL**, pertencente a **11ª CRS** confirmo que recebi da **Divisão de Suprimentos**, o material descrito abaixo:

QUANTIDADE:		ITEM:
350	un.	MÁSCARA PFF2
41	un.	ÓCULOS DE PROTEÇÃO

Porto Alegre, 17 de Dezembro de 2020.

B

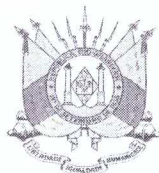
VOLUMES

Data de Recebimento: ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____

ATENÇÃO
CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Reclamações posteriores NÃO serão aceitas.
Após colocar nome LEGÍVEL, assinar e
carimbar este documento.

Cargo: _____
RG/CPF/ID: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DIVISÃO DE GESTÃO E CONTROLE DO PATRIMÔNIO, MATERIAIS E INSUMOS

**RECIBO DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS
MUNICÍPIOS – SALAS DE VACINAÇÃO
(EPI'S)
19ª REMESSA (20/05/21)**

Eu, _____,

Funcionário (a) do (a) _____, do Município Campinas do Sul pertence a 11ª CRS confirmo que recebi da DGPAT, o material descrito abaixo:

QUANTIDADE:		ITEM:
200	un.	MÁSCARA TRIPLA
50	un.	FACE SHIELD

Porto Alegre, 20 de Maio de 2021.
SR

VOLUMES

Data de Recebimento: ___/___/___.

Assinatura: _____

Cargo: _____

RG/CPF/ID: _____

ATENÇÃO
CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Reclamações posteriores NÃO serão aceitas.
Após colocar nome LEGÍVEL, assinar e
carimbar este documento.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DIVISÃO DE GESTÃO E CONTROLE DO PATRIMÔNIO, MATERIAIS E INSUMOS

**RECIBO DE MATERIAIS
MUNICÍPIOS (DISTRIBUIÇÃO PARA PROFISSIONAIS QUE EXERCEM
ATIVIDADES NAS SALAS DE VACINAÇÃO “ PÚBLICAS” DO
MUNICÍPIO)**

16ª REMESSA (22/01/21)

EU, _____,

Funcionário (a) do (a) **MUNICÍPIO CAMPINAS DO SUL**, pertencente a 11ª CRS confirmo que recebi da **Divisão de Suprimentos**, o material descrito abaixo:

QUANTIDADE:		ITEM:
600	UNI	MÁSCARA CIRÚRGICA
10	UNI.	FACE SHIELD

Porto Alegre, 22 de Janeiro de 2021.

B

VOLUMES: 1

Data de Recebimento: ___ / ___ / ___.

Assinatura: _____

Cargo: _____

RG/CPF/ID: _____

ATENÇÃO
CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Reclamações posteriores NÃO serão aceitas.
Após colocar nome LEGÍVEL, assinar e
carimbar este documento.