


**SANTO ANTONIO DE POSSE**


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUISIÇÃO DE:	( )	GASOLINA
	( )	ALCOOL
	( )	ÓLEO DIESEL

**Nº 00000 / 2019**
**PLACA Nº** \_\_\_\_\_

**MOTORISTA:**  
**POSTO:**  
**DATA**

Anterior	Lts.	_____
Empenho Nº	Lts.	_____
Requisitado	Lts.	_____
Saldo Novo	Lts.	_____

Requisitante



**SANTO ANTONIO DE POSSE**


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUISIÇÃO DE:	( )	GASOLINA
	( )	ALCOOL
	( )	ÓLEO DIESEL

**Nº 00000 / 2019**
**PLACA Nº** \_\_\_\_\_

**MOTORISTA:**  
**POSTO:**  
**DATA**

**REQUISITADO**

( )  
Litro Por extenso  
R\$  
Para uso do Posto

Almoxarife