



PREFEITURA MUNICIPAL DE

SÃO GABRIEL DA PALHA

Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
São Gabriel da Palha
Cidade do Caju

Autorização para Abastecimento

Data: ____/____/____

Ao Posto: _____

Veículo: _____ Km: _____

Motorista: _____ Placa: _____

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	P. UNITÁRIO	TOTAL
	Gasolina Comum		
	Álcool		
	Diesel		
	Lubrificantes		
	Filtro		
TOTAL			

NÃO VALE COMO RECIBO