CONTROLE DE CRIADORES QUE ADQUIRIRAM VACINAS E/OU PASTA ANTICOAGULANTE E NÃO FOI POSSÍVEL FAZER A VENDA NO SIAPEC

REVENDA:_____SIAPEC:_____MUNICÍPIO:_____

DATA	NOTA FISCAL	CPF	NOME	FAZENDA	MUNICIPIO	PRODUTO

OBS.: A liberação de inventários de ajuste deve ser condicionada a apresentação desse documento à ADAB. Arquivar na UVL.

_____

Assinatura do(a) responsável pela revenda