



Ministério de Saúde
Programa Nacional de Controlo da Malária
CAMPANHA DE DISTRIBUIÇÃO DE REDES MOSQUITEIRAS PARA A COBERTURA UNIVERSAL

Guia de Remessa

Nr. (Pré-numeração)

Provincia: _____ Distrito: _____	
Data: ___/___/___	
Enviado por: _____	Para: _____
Local: _____	Local: _____

Tipo de transporte: _____	Matrícula: _____
---------------------------	------------------

Nr	Artigo	Quantidade	Unidade	Tipo de embalagem	Quantidade de embalagens
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Comentários / observações (*estado dos bens no acto de recepção: faltas / quebras, etc*)

Confirmação do carregamento (*acompanhante ou motorista*)

Recepção (*agente responsável*)

Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____ Data: ___/___/___	Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do quem envia: _____ Data: ___/___/___