

Por : _____ /

Nº	Autorização			Serviço	
	Data	Por	Assinatura	Prestador do serviço	Custo

Data	Nº Ficha	Avaliação	Reavaliação	Efectuada por	Valor

Receita recebida : _____ /Nº. documento de receita : _____ /

Data	Controlador	Estado do bem

Assinatura