DATA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DA PROVÁVEL DEVOLUÇÃO: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Discriminação** | | |
| **Item** | **Nº patrimonial** | **Descrição** |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Caso necessário, insira mais linhas na tabela)

|  |
| --- |
| **Origem do(o) bem(ns)** |
| Escola de Enfermagem da UFMG  Setor:  Sala:  Responsável pela guarda do bem:  Telefone de contato:  E-mail: |

|  |
| --- |
| **Destino do(o) bem(ns)** |
| Nome da Empresa:  Nome do funcionário responsável pelo recebimento na empresa:  Telefone de contato: ( )  E-mail:  Endereço:  CEP: Cidade: Estado:  Nº da ordem de serviço (se houver): |

Motivo da movimentação:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_