



Funcionário: - *Diry P. Costa*  
 Órgão: - *Secretaria de Saúde*

Matrícula ou RG: - *130855*

Declaro que é meu compromisso zelar e guardar o mesmo, sendo que em caso de extravio, defeitos, etc, deverei comunicar imediatamente a meu superior ou a quem compete, para as devidas providências.

[illegible]

	Não autorizado
	Não possui computador na localidade
	Distância do equipamento maior que o cabo
	Não possui cabo de rede

Outros:

"Potch" corat ficou  
correcto, apenas  
na molécula

Assinatura do Cliente Responsável: 