

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

PROGRAMA ACOLHER
COTAÇÃO - AUXÍLIO SAÚDE

NOME DO (A) CLIENTE:	
EMPRESA:	
CNPJ:	
MUNICÍPIO/ESTADO:	
CONTATO:	
DATA:	____/____/____.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:			
ITEM	QUANTIDADE E	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO (R\$)
1			
2			
3			
4			
VALOR TOTAL			
ASSINATURA:			
CARIMBO/CPF/CNPJ:			