



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ VALE RIO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FARMÁCIA MUNICIPAL**



**Ilustríssimo Senhor,**

Considerando que esta farmácia faz a dispensação e armazenamento de medicamentos

Considerando que temos normas técnicas a seguir em termos de temperatura ambiente.

Considerando que no final do ano passado tivemos a inspeção do CRF e nos foi recomendado a troca dos termômetros de temperatura que estávamos usando, por termo higrômetros.

Para não sofrermos penalizações pelo não cumprimento das normas e da recomendação do CRF.

Venho pelo presente solicitar a aquisição de Termo Higrômetros para esta farmácia municipal.





**MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO**  
RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO  
SJVRP/RJ - CEP: 25780-000  
FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO  
671BA4D5CB664DF5807F20C1EC1EDF22

### **VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/671BA4D5CB664DF5807F20C1EC1EDF22>