**MAPA MENSAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Estabelecimento: | Mês/ano: |
| Responsável pelo preenchimento: | S.I.M. n°: |
| **O Mapa de comercialização deverá ser encaminhado até o 5° dia útil do mês subsequente para o e-mail cointersim.susaf@gmail.com**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dia** | **Hora** | **Nome e N° do produto**  | **Quantidade** | **Destinatário (CPF ou CNPJ)** | **Município**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |