|  |
| --- |
| **FAX** |
| **Para:** |  | **De:** | ISEL | [Sigla: Serviço/Unid Complementar/ Gabinete] |
| **Nº FAX:** |  | **Nº telefone** | 218 317 000 |
| **Data:**  | 18-01-2017 | **Nº de pág.** |  |
| **N/Refª** |  | **V/Refª** |  |

**Assunto:** xxxxx

[Texto]

|  |
| --- |
| O [Cargo] |
|  |
| [Nome] |