SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS SUPERINTENDENCIA OPERACIONAL DE SAÚDE DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE SÃO FRANCISCO – MG

RECIBO DE PAGAMENTO DE TFD

1

			1	
02- NOME DO (A) PACIENTE	03- Nº DA IDENTIDADE	04- Nº. DO CPF	05- NOME DO (A) ACOMPANHANTE	
Claudio Dellys	222222222	102.100.101-01	nao	
06- MUNICIPIO DE ORIGEM	07- MUNICIPIO DE DESTINO	08- GRS	09- TFD Nº.	
Londrina	MG	Januário	0	
10- ESPECIALIDADE	11- UNIDADE ASSISTENCIAL			
Fisioterapia	Santa Casa			
17- AUTORIZAÇÃO				
		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO		
				_
40. DECEDI A IMPODIÂNCIA E	or.			
18- RECEBI A IMPORTANCIA L	DE:			_
DATA:				
/		ASSINATURA DO (A) PACIE	NTE OURESPONSÁVEI	
		ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL		

2

02- NOME DO (A) PACIENTE	03- Nº DA IDENTIDADE	04- Nº. DO CPF	05- NOME DO (A) ACOMPANHANTE	
Fabio Carlo Silva	MG9292929	092.116.586-24	sim	
06- MUNICIPIO DE ORIGEM	07- MUNICIPIO DE DESTINO	08- GRS	09- TFD №.	
Londrina	MG	Januária	0	
10- ESPECIALIDADE	11- UNIDADE ASSISTENCIAL			
Fisioterapia	Santa Casa			
17- AUTORIZAÇÃO				
/		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO		
40 DECEDIA IMPORTÂNCIA DI				
18- RECEBI A IMPORTANCIA DI	=-			
DATA:				
/				

ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL