

RECIBO DE PAGAMENTO DE TFD

01-Nº DE CONTROLE
1

02- NOME DO (A) PACIENTE	03- Nº DA IDENTIDADE	04- Nº. DO CPF	05- NOME DO (A) ACOMPANHANTE
Claudio Dellys	2222222222	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

18- RECEBI A IMPORTÂNCIA DE: _____

DATA:
_____/_____/_____
ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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 Nº.
Londrina	MG	Januária	0
10- ESPECIALIDADE	11- UNIDADE ASSISTENCIAL		
Fisioterapia	Santa Casa		

17- AUTORIZAÇÃO

____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO

18- RECEBI A IMPORTÂNCIA DE: _____

DATA:

____/____/____

ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL