

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERTÂNIA/PE

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

| RECIBO:   |      |        |                    |                   |
|---|------|--------|--------------------|-------------------|
| Declaro que recebi a importância destinada no ano anverso a mim destinada   |      |        |                    |                   |
|   | Nome | TFD N° | Doc. Identi.       | Ass. ou Polegar D |
| 01  |      |        |                    |                   |
| 02  |      |        |                    |                   |
| 03  |      |        |                    |                   |
| 04  |      |        |                    |                   |
| 05  |      |        |                    |                   |
| 06  |      |        |                    |                   |
| 07  |      |        |                    |                   |
| 08  |      |        |                    |                   |
| 09  |      |        |                    |                   |
| Reservado a Secretaria de Saúde - SMS - SES   |      |        | Reservado as S.M.S |                   |
| Atesto que os serviços discriminados no verso foram prestados conforme as normas previstas no SUS e cujo valor total importa em:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ |      |        |                    |                   |
| Nome:   |      |        |                    |                   |
| Cargo:  |      |        |                    |                   |
| Assinatura: _____   |      |        |                    |                   |