

Nº RECIBO: (numeroRecibo)


---

**VALOR DO RECIBO: R\$ (valor) (valorExtenso)**  
(selectedProduct)

Declaramos que recebemos a importância de R\$ <<Valor (R\$)>>, da Prefeitura Municipal de (selectedCategory) referente a (selectedProduct)(mesRef) para o Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã.

(detalhes)

Ivaiporã, (data)



Diego Nayarrete Shimooki  
Dir. Coord. – CIS Ivaiporã