



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**RECIBO**

Valor R\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, com  
registro e agendamento no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio  
Palatais – USP – Bauru – SP, nº \_\_\_\_\_, recebeu a quantia de  
R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) referente ao Auxílio  
Passagem para \_\_\_\_\_ viagens de ônibus.

Assina o recibo \_\_\_\_\_

R.G nº \_\_\_\_\_ Cheque nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Titular do Adiantamento

Carimbo e Assinatura do Titular da U.O.