



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\$ _____ (_____) a título de ajuda de custo, conforme especificado:

Referência (R\$)	Valor concedido	Descrição
R\$ 16,80		Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante.
R\$ 49,50		Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite).
R\$ 8,40		Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante.
R\$ 24,75		Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite).
TOTAL		

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.
---	---