



**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TIMBOTEUA/PA**

CNPJ: 11.790.338/0001-00

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

"Saúde de Qualidade, Direito e Responsabilidade de Todos"

<b>RECIBO</b>	<b>R\$ 717,75</b>
---------------	-------------------

Em: \_\_\_/\_\_\_/2023  
 M<sup>a</sup> Bernadete de S. Silva  
 CPF: 356.673.182-72  
 .....  
 : COORD. DO TFD  
**Maria Bernadete de Souza Silva**  
**Coordenadora do PTFD**

Recebi do Programa de Tratamento Fora de Domicílio vinculado ao Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Timboteua a importância de **R\$ 717,75** ( setecentos e dezessete reais e setenta e cinco centavos).

Proveniente ao pagamento de auxílio financeiro ao paciente e acompanhante do Programa de Tratamento Fora de Domicílio- TFD referente a ajuda de custo para alimentação e/ou transporte nos dias : 28/10/2022; 29/10/2022; 30/10/2022; 31/10/2022; 01/11/2022; 02/11/2022; 03/11/2022; 04/11/2022; 05/11/2022; 06/11/2022; 07/11/2022; 08/11/2022; 09/11/2022; 10/11/2022; 11/11/2022; 12/11/2022; 13/11/2022; 14/11/2022; 15/11/2022; 16/11/2022; 17/11/2022; 18/11/2022; 19/11/2022; 20/11/2022; 21/11/2022; 22/11/2022; 01/12/2022; 02/12/2022; 03/12/2022.

Assim passo(amos) o presente recibo em 3 (três) vias para um só efeito, dando geral e irrevogável quitação de pagamento.

Nova Timboteua, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

*Joel Vitorino de Oliveira*

Assinatura do Beneficiário e ou acompanhante

**PACIENTE : CRISTIANE DO SOCORRO OLIVEIRA DE SOUZA**

<b>NOME DO RESP. FINANCEIRO</b>	JOEL VITORINO DE OLIVEIRA	
<b>C.P.F</b>	381.734.682-49	Pac. ( ) Acomp (X )
<b>R.G</b>	2204393 – DATA EXPED: 04/12/2014	
<b>ENDEREÇO</b>	TRAV: SÃO FRANCISCO, 1140	

**PAGO**

Em: \_\_\_/\_\_\_/2023  
*Antonia Ivanilde Pereira*  
 CPF: 888.926.972-34  
 .....  
 : COORDENADOR  
**Antonia Ivanilde Pereira**  
**Coordenadora do PTFD**

( ) ATESTO QUE OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS ( ) MATERIAL RECEBIDO

EM : \_\_\_/\_\_\_/2023