

 <p>HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO Você em Boas Mãos</p>	<h1>Recibo</h1>	<p>Form.: 114/5 Pág: 1/1 Vias: 02</p>
---	-----------------	---

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS - www.penfigo.org.br

Paciente: _____

Valor: _____ (_____)

Referente: _____

Recebi do (a) Sr. (a) _____

a importância acima mencionada.

Forma de Pagamento: Dinheiro

Cheque

Cartão

Campo Grande, _____/_____/20__.

Assinatura Recebedor



 <p>HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO Você em Boas Mãos</p>	<h1>Recibo</h1>	<p>Form.: 114/5 Pág: 1/1 Vias: 02</p>
--	-----------------	---

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS - www.penfigo.org.br

Paciente: _____

Valor: _____ (_____)

Referente: _____

Recebi do (a) Sr. (a) _____

a importância acima mencionada.

Forma de Pagamento: Dinheiro

Cheque

Cartão

Campo Grande, _____/_____/20__.

Assinatura Recebedor