

NOME DA ENTIDADE BENEFICIADA: _____

CLIENTELA ATENDIDA: _____ PESSOAS VALOR RECEBIDO: R\$ _____ N° DO EMPENHO: _____

LEI MUNICIPAL Nº ____ . / ____ DATA RECEBIMENTO RECURSO: ____ / ____ / ____ REFERENTE AO MÊS: ____ / ____

RELAÇÃO DE PAGAMENTOS _____

[illegible]

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS