**RECIBO**

Recebemos de UNIMED DE CASCAVEL COOP DE TRABALHO MÉDICO, CNPJ 81.170.003/0001-75, situada na Rua Barão do Cerro Azul, nº 594, Centro – Cascavel/PR, CEP nº 85802-050, a quantia de R$ 0.000,00 (xxxxxx reais) pelo patrocínio do “nome do evento”.

* **Dados da Patrocinada:**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

* **Dados do evento:**

Data do evento:

Horário do Início do evento:

Local (com endereço):

Público:

* **Contrapartida:**

1 –

2 –

3 –

* **Dados para depósito:**

Cascavel, xx de xxxxxxx de 20xx.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diretor