

GUIA DE ATENDIMENTO EM HORÁRIO ESPECIAL

Matrícula	Nome do Cliente			Nº da Autorização
Carteira de Identidade	Data de Nascimento	Telefone	Nome da Mãe	
Solicitante			Data do Atendimento	Data de Emissão
Matrícula do Credenciado	Valor da Co-participação	Valor do Ipasgo	Totalidade	Valor Total

CÓDIGO	QTDE.	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

Assinatura do Cliente (obrigatório)

**ATUALIZE SEUS DADOS CADASTRAIS
JUNTO AO IPASGO - 0800-621919 OU PELO SITE
www.ipasgo.go.gov.br**

Declaro que recebi deste Cliente o valor da co-participação, descrito acima.

Carimbo / Assinatura do Credenciado (obrigatório)

VIA PRESTADOR**RECIBO - GUIA DE ATENDIMENTO EM HORÁRIO ESPECIAL**

Um Estado melhor a cada dia

Matrícula	Nome do Cliente			Nº da Autorização
Solicitante	Data do Atendimento		Data de Emissão	
Matrícula do Credenciado	Valor da Co-participação	Valor do Ipasgo	Totalidade	Valor Total

Assinatura do Cliente (obrigatório)

**ATUALIZE SEUS DADOS CADASTRAIS
JUNTO AO IPASGO - 0800-621919 OU PELO SITE
www.ipasgo.go.gov.br**

Declaro que recebi deste Cliente o valor da co-participação, descrito acima.

Carimbo / Assinatura do Credenciado (obrigatório)

VIA CLIENTE