

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS - IPSM
SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SIGAS**

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

SENHA

Nº	Data:	Hora:	OBS:

Beneficiário:

Cartão	Matricula	Nome

CID

R T C

Nr Diárias Concedidas

REGIME	TIPO	CARATER	Inicial	
			Prorrogação	

Contratado

CNPJ/CPF	Nome

SOLICITANTE

ESPECIALIDADE

Nome

--	--

ITEM	CÓDIGO DO BENEFÍCIO	DESCRIÇÃO	QTE	VALOR	VALOR TOTAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SOMA					

Declaro que os benefícios relacionados foram recebidos e que o beneficiário foi atendido de forma satisfatória.	Atesto ter prestado os serviços aqui descritos ao beneficiário do Sistema de Saúde da PMMG-CBMMG-IPSM.
---	--

Assinatura do beneficiário

Nº CI	Data Expedição	Assinatura e carimbo do contratado

Sujeito a auditoria técnica/administrativa. O contratado/credenciado deverá apresentar este comprovante em original, juntamente com os demais documentos instrutivos do atendimento, ao setor de processamento de contas do Sistema de Saúde da PMMG-CBMMG-IPSM, onde foi realizado o termo de contrato/credenciamento.

REVISOR TÉCNICO

REVISOR ADMINISTRATIVO

DATA ____ / ____ / ____	DATA ____ / ____ / ____
-------------------------	-------------------------

1ª Via	IPSM	2ª Via	CONTRATADO	3ª Via	BENEFICIÁRIO
--------	------	--------	------------	--------	--------------

Preenchimento por autorização concedida