



Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul

Ilmo. Sr.

Diretor da Assistência Médica

\_\_\_\_\_

segurado deste Instituto. matrícula nº \_\_\_\_\_,  
requer a V. Sa. Reembolso do valor pago, conforme documentado no verso e ATESTO, sob as penas da Lei,  
que o serviço médico foi prestado.

Outrossim, informa o nº de sua conta bancária.

BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BANRISUL

Agência nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Conta nº \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Nestes Termos,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Localidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
(endereço completo – inclusive CEP)

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

- a) ANEXAR xerox da CARTEIRA DE IDENTIDADE SOCIAL (frente e verso) do titular e dependente quando este for o paciente.
- b) Caso o paciente possua MAIS DE UMA matrícula no IPE, mencioná-lo. \_\_\_\_\_

# COMPROVANTE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PRESTADA

Declaro, para fins de reembolso, a prestação do(s) serviço(s), realizado(s) no(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

matrícula n.º \_\_\_\_\_

conforme G.A. n.º \_\_\_\_\_ referente ao tratamento especificado no(s) código(s) abaixo,  
no Hospital \_\_\_\_\_

no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Procedimento:

Código da THP do IPE:

(A) \_\_\_\_\_ : (A) | | | | | | | | | | | | | |

(B) \_\_\_\_\_ : (B) | | | | | | | | | | | | | |

(C) \_\_\_\_\_ : (C) | | | | | | | | | | | | | |

Assinatura e Carimbo do Médico

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RECIBO DE ATENDIMENTO

R\$ \_\_\_\_\_

Recebi do(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

a importância de ( \_\_\_\_\_ ),

pele tipo de atendimento n.º ( ) do (s) abaixo, responsabilizando-me, outrossim, sob as penas da Lei,  
pelas informações prestadas.

Procedimento:

Código da THP do IPE:

(A) \_\_\_\_\_ : (A) | | | | | | | | | | | | | |

(B) \_\_\_\_\_ : (B) | | | | | | | | | | | | | |

(C) \_\_\_\_\_ : (C) | | | | | | | | | | | | | |

Assinatura e Carimbo do Médico

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARA USO DO IPE

Data do recibo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CIS do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | |

Prestador do Serviço | | | | | | | | | | Valor do Recibo: R\$ | | | | | | | | | |

N.º da G.A. | | | | | | | | | | Tipo de recibo: ( )

- DEFERIDO R\$

- INDEFERIDO

- CANCELADO

FAM. R\$

PAC R\$

PAMES R\$

FAM. priv. R\$

PAC priv R\$.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Revisor Técnico

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Revisor Administrativo

Observações: \_\_\_\_\_

Tipo de Atendimento

(1) Exames

(2) Consultas

(3) Anestesia

(4) Outros Honorários

(5) Outras despesas