



**DADOS PESSOAIS**

POSTO GRAD: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ OPM: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ BANCO: \_\_\_\_\_ AG: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

**PROCESSO**

( ) ODONTOLÓGICO ( ) ÓCULOS E/OU LENTE  
( ) MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA ( ) DEPENDÊNCIAS MÉDICAS  
( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**CARTÃO DO IPASGO**

TITULAR	GRAU DE DEPENDÊNCIA
GRAU DE DEPENDÊNCIA	GRAU DE DEPENDÊNCIA
GOIÂNIA, ____/____/____.	
_____ REQUERENTE	

**CONFERÊNCIA DO SETOR PERTINENTE**

VALOR A SER INDENIZADO: R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

GOIÂNIA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL

Identificação	Armazenamento	Acesso/Uso	Proteção/Pr eservação	Recuperação	Tempo de Retenção	Disposição
Form. 158.00 Pág. 1 de 1	Meio Físico - Departamento Social	Colaboradores Social	Pasta Processo / Armário	Por número do processo / por nome	Até o encerramento do processo	Arquivo