



## Cadastro de Prestador – Dados Bancários

### Identificação do Prestador

Código	Razão Social
Nome Fantasia	
CNPJ/CPF	E-mail de contato

### Dados Bancários

N.º Agência	Nome do Banco	Nome da Agência
N.º Conta Bancária	Localidade da Agência	

### Dados Tributáveis

Marque (X) na opção escolhida.

Informação	Isento	Tributável
Imposto de Renda		
Optante Simples		
Desconta COFINS		
Taxa Bancária		

Declaro para os devidos fins que todas as informações contidas neste são verdadeiras e me comprometo em comunicar à IBCM qualquer alteração.

Caso a conta bancária informada neste não seja vinculada ao Banco Banrisul ou Sicredi, autorizo que seja descontado de meu faturamento mensal a taxa de transferência bancária para a instituição financeira indicada.

Assinatura/Carimbo

Localidade:

Data:

### Documentos obrigatórios que acompanham o formulário:

Dados Bancários – cópia do cartão do banco, cabeçalho de extrato bancário, contendo as informações necessárias para a troca de arquivo eletrônico;

Tributáveis – Declaração de Optante Simples, Declaração de Filantropia ou outros;

**Este formulário de dados bancários deverá ser entregue juntamente ao contrato de Credenciamento.**

**Para atualizações de informações**, o mesmo deverá ser preenchido e encaminhado para o Setor de Faturamento de Credenciados pelo e-mail [atendimento\\_credenciado2@ibcm.org.br](mailto:atendimento_credenciado2@ibcm.org.br) ou via correio para o endereço Rua Barão do Triunfo, 175, Menino Deus, Porto Alegre, CEP 90130-101.

A não apresentação deste documento atrasará o envio da senha para acesso ao processo de faturamento, assim como inviabilizará o atendimento ao beneficiário da IBCM.

O formulário: Cadastro de Dados Bancários está disponível para impressão em nosso site no endereço:

[www.ibcmsaude.com.br/servicos\\_ao\\_prestador](http://www.ibcmsaude.com.br/servicos_ao_prestador)

Atualização 12/2022