

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Razão Social do Prestador		Endereço/Cidade:	Código:	Carimbo / Assinatura	
Período:		Profissional:			
Nº	Matricula IBCM	Nome Beneficiário Titular	Nome Beneficiário	Data	Assinatura Beneficiário ou Responsável
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Observação:

O prestador deverá validar os dados do paciente junto ao portal da IBCM antes de realizar o atendimento;

Preencher todos os campos desta planilha;

Acompanhar a validade dos pareceres técnicos, evitando a interrupção nos atendimentos;

É de responsabilidade do Prestador a veracidade das informações aqui inscritas;

Encaminhar mensalmente até o dia 10 de cada mês para o Setor de Faturamento da IBCM, a fatura original de atendimentos, devendo manter a cópia da mesma em seu poder.

Duvidas: e-mail atendimento_credenciado@ibcm.org.br/Fone: (51) 3230 5594 - Faturamento de Credenciados