

## RELAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS

**Carimbo / Assinatura**

<b>Razão Social do Prestador</b>			<b>Período:</b>			<b>Código:</b>	
			<b>Profissional:</b>				
Nº	Matricula IBCM	Nome Beneficiário	Matricula IPE	Cat. IPE	Data	Assinatura Associado 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;

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