

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA

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

Observação:

O credenciado 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 credenciado 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