



**RELAÇÃO DE ATENDIMENTO
FATURA**

USO DA PMMG

____/____
MÊS/ANO

Nº LOTE

TIPO DE CREDENCIADO	P. FÍSICA P. JURÍDICA	CPF/CNPJ DO CREDENCIADO	NOME DO CREDENCIADO			DATA EMISSÃO
NOME PROFISSIONAL EXECUTANTE (OBRIGATÓRIO PARA CONSULTAS)		CPF	Nº REGISTRO CRM	SELECIONE A ESPECIALIDADE		

ITEM	NOME DO PACIENTE	ASSINATURA DO PACIENTE	Nº IPSM DO PACIENTE	DATA ATENDIMENTO	VALOR APRESENTADO	VALOR APROVADO	MOT. REV.	CODIGO GLOSA	CÓDIGO RATEIO
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
TOTAL									

VALOR APRESENTADO POR EXTENSO R\$ _____ (_____)

ATESTO TER PRESTADO OS SERVIÇOS DESCRITOS AOS BENEFICIÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG-CBMMG-IPSM

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / CREDENCIADO

REVISOR TÉCNICO

REVISOR ADMINISTRATIVO

DATA: ____/____/____

DATA: ____/____/____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA

Este impresso destina-se a cobrança de consultas médicas e atendimentos de Farmácia.

“As Farmácias deverão anexar cópia do último demonstrativo de pagamento do segurado, cópia da carteira de identificação do beneficiário no IPSM, receita com validade não superior a 10(dez) dias em nome do beneficiário e nota fiscal / Cupom Fiscal em nome do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM, rua Paraíba, 576, Bairro Savassi, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-141, CNPJ: 17.444.779/0001-37, constando o nome do beneficiário no corpo do documento.