Requerimento de Pagamento de Serviços Prestados

Para Uso do Protocolo do Ipasem

Protocolo Nro: .....

Data Entrega.: _____/_____/ _____

Processo Nro: .....

Ass Recebim: .....

Nome Credenciado:..... **Mês e Ano Faturamento:** _____/_____

Valor Total por Tipo de Serviços Prestados

[ ] 1-Consultas Médicas Qtde:..... R$: .....

[ ] 2-Exames complementares Qtde:..... R$: .....

[ ] 3-Atendimento Hospitalar Qtde:..... R$: .....

[ ] 4-Atendimento Ambulatorial Qtde:..... R$: .....

[ ] 5-Assistência Odontológica Qtde:..... R$: .....

[ ] 6-Terapias Complementares Qtde:..... R$: .....

[ ] 7-Pronto Atendimento Qtde:..... R$: .....

[ ] 8-Terapias Multidisciplinares Qtde:..... R$: .....

Valor Total Requerido R$: .....

Carimbo e Assinatura do Prestador

.....

Para Uso do Setor de Contas do Ipasem

Valor Glosado:.....

Valor Pago :.....

Data : _____/_____/_____

Assinatura: .....

Seq	Nro Autorização	Matrícula	Seq	Nome Paciente	Data Procedimento	Cod. Procedimento	Tipo	Valor	Sit
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Seq	Nro Autorização	Matrícula	Seq	Nome Paciente	Data Procedimento	Cod. Procedimento	Tipo	Valor	Sit
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									