



CAPA DE LOTE

Reservado à Operadora

Mês de Competência:

Registro ANS

Data do Envio

CÓDIGO PRESTADOR

CNPJ/CPF

NOME DO PRESTADOR

TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL R\$	TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL R\$
Guia de Consulta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pacote Cirurgia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia de Honorario Individual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pacote SobreAviso Nacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia SP/SADT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Honorário Unidades Próprias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia de Resumo de Internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS CAMPOS

Quant. de Guias

Nº N.F.

Total da Fatura R\$

Assinatura do Credenciado / Carimbo

Assinatura do Recebedor (Se presencial)

Recebimento