

**CAPA DE LOTE**

2-Nº

Registro ANS

000361

Data do Envio



(01)331988(41)100

CÓDIGO PRESTADOR

CNPJ/CPF

NOME DO PRESTADOR

TIPO DE GUIA**QUANT****TOTAL R\$****TIPO DE GUIA****QUANT****TOTAL R\$**

Guia de Consulta

Guia de Honorário Individual

Guia de SP/SADT

Guia de Farmácia

Guia Resumo Internação

Guia de Atendimento Odontológico

Guia Não Padronizada

Guia Outras Despesas

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS CAMPOS

Quant. de Guias

Nº N.F.

Total da Fatura R\$

Assinatura do Credenciado / Carimbo

Assinatura do Recebedor (Se presencial)

Recebimento