



Registro ANS **407011**

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			Guia Resumo Internação		
Guia de Honorário Individual			Guia de Atendimento Odontológico		
Guia de SP/SADT			Guia Não Padronizada		
Guia de Farmácia			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