

SAÚDE

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 Resumo  
InternaçãoGuia de Honorário  
IndividualGuia 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