



# 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"/>	Guia Resumo Internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia de Honorário Individual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Guia de Atendimento Odontológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia de SP/SADT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Guia Não Padronizada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guia de Farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Guia Outras Despesas	<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