


 Registro ANS

 Data do Envio

 CÓDIGO PRESTADOR

 CNPJ/CPF

 NOME DO PRESTADOR

TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL RS	TIPO DE GUIA	QUANT	TOTAL RS
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.E.

 Total da Fatura R\$

Assinatura do Credenciado / Carimbo

Assinatura do Recebedor (Se presencial)

Recebimento