ANS - Nº 41924-9

Associação Santa Casa Saúde
São José dos Campos

CAPA DE LOTE

☐ **Assinale se For Recurso de Glosa**
Data da Entrega:
Mês Competência:

Tipo Prestador
☐ Pessoa Física
☐ Pessoa Jurídica

Tipo Entrega
☐ Arquivo XML
☐ Manual

Código:		**CRM:**	
E-Mail:			
Nome Prestador:			

Tipo Guia	Quantidade	Valor Total
Guia de SADT		
Guia de Consulta		
Guia Honorário		
Resumo de Internação:		
	TOTAL	R$ 0,00
	(OPS) VALOR GLOSA	
	(OPS) VALOR LÍQUIDO	

Carimbo e Assinatura do Credenciado

Para Uso da Operadora

Nro Lote:

Data Liberação _____/_____/_____ **Data Pagamento** _____/_____/_____

Observações Contas Médicas

Carimbo e Assinatura do Analista

Associação Santa Casa Saúde
São José dos Campos

RECIBO DE ENTREGA DE LOTE

☐ **Assinale se For Recurso de Glosa**
Data da Entrega:
Mês Competência:

Tipo Prestador
☐ Pessoa Física
☐ Pessoa Jurídica

Tipo Entrega
☐ Arquivo XML
☐ Manual

Código:		**CRM:**	
E-Mail:			
Nome Prestador:			

Tipo Guia	Quantidade	Valor Total
Guia de SADT		
Guia de Consulta		
Guia Honorário		
Resumo de Internação:		
	TOTAL	R$ 0,00

Data Recebimento: _____/_____/_____	*Assinatura do Recebedor*