Santa Casa Saúde
São José dos Campos

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

2- Nº

1 - Registro ANS
ANS - Nº 41924-9

3 - Nome da Operadora

4 - CNPJ Operadora

5-Data de Emissão

Dados do Prestador

6 - Código na Operadora

7- Nome do Contratado

8-Código CNES

Dados do Pagamento

9 – Data do Pagamento

10-Forma de Pagamento

11-Banco

12-Agência

13-Conta

Dados do Resumo

14-Data do Protocolo	15–Número do Protocolo	16-Número do Lote	17 -Valor Informado	18 -Valor Processado	19 -Valor Liberado	20-Valor da Glosa

Valores Brutos por Data de Pagamento

21 - Valor Total Informado por Data de Pagamento(R$) (soma do campo 17)

22 - Valor Total Processado por Data de Pagamento (R$) (soma do campo 18)

23 - Valor Total Liberado por Data de Pagamento(R$) (soma do campo 19)

24-Valor Total Glosa por Data de Pagamento(R$) (soma do campo 20)

Demais Débitos / Créditos por Data de Pagamento

25-Indicação	26-Código do Débito/Crédito	27-Descrição do Débito/Crédito	28- Valor (R$)

Valores Líquidos por Data de Pagamento

29 - Valor Total de Demais Débitos por Data de Pagamento (R$)

30 - Valor Total de Demais Créditos por Data de Pagamento (R$)

31 - Valor Final a Receber por Data de Pagamento (R$) (23-29+30)

Valores Totais do Demonstrativo - Bruto

32 - Valor Total Informado (R$) (somatório do campo 21)

33 - Valor Total Processado(R$) (somatório do campo 22)

34 - Valor Total Liberado (R$) (somatório do campo 23)

35 - Valor Total Glosa (R$) (somatório do campo 24)

Demais Débitos / Créditos do Demonstrativo

36-Indicação	37-Código do Débito/Crédito	38-Descrição do Débito/Crédito	39- Valor (R$)

Valores Totais do Demonstrativo - Líquido

40 - Valor Total de Demais Débitos(R$)

41 - Valor Total de Demais Créditos(R$)

42 - Valor Final a Receber (R$) (34-40+41)

43 – Observação / Justificativa