Unimed Sobral

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº 12345678901234567890

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - CNPJ Operadora	5 – Data de Início do Processamento	6 - Data de Fim do Processamento
_____		__.___.___/____-__	__/__/____	__/__/____

Dados do Prestador

7 - Código na Operadora	8- Nome do Contratado	9 - CPF / CNPJ Contratado
		___.___.___-__

Dados do Pagamento

10 – Data do Pagamento	11-Banco	12-Agência	13-Conta	14-Número do lote	15-Número do Protocolo
__/__/____	___	____-_	_____-_		

16-Número da guia no prestador	17 – Número da Carteira	18 -Nome do Beneficiário

19-Tabela	20- Código do Procedimento 29- Valor Franquia(R$)	21 - Descrição 30-Valor Liberado (R$)	22-Dente/Região 31-Código da Glosa	23-Face	24-Data de Realização	25-Qtde	26-Valor Informado(R$)	27-Valor Processado (R$)	28-Valor Glosa/Estorno (R$)
01-									
02-									
03-									
04-									
05-									
06-									

32-Observação / Justificativa

Total da Guia

33- Valor Total Informado Guia (R$)	34 - Valor Total Processado Guia (R$)	35 - Valor Total Glosa Guia (R$)	36 - Valor Total Franquia Guia (R$)	37 - Valor Total Liberado Guia (R$)

Total do Protocolo

38 - Valor Total Informado Protocolo (R$)	39 - Valor Total Processado Protocolo (R$)	40 - Valor Total Glosa Protocolo (R$)	41 - Valor Total Franquia Protocolo (R$)	42 - Valor Total Liberado Protocolo (R$)

Demais débitos / créditos

43-Indicação	44-Código do débito/crédito	45-Descrição do débito/crédito	46-Valor

Demais débitos / créditos não tributáveis

47-Indicação	48-Código do débito/crédito	49-Descrição do débito/crédito	50-Valor

Impostos

51-Indicação	52-Código do débito/crédito	53-Descrição do débito/crédito	54-Valor

Totais

55 - Valor Total Tributável (R$)	56- Valor Total Impostos Retidos (R$)	57 - Valor Total Não Tributável (R$)	58 - Valor Final a Receber (R$)

59 - Observação