

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

1.Registro ANS 30209-1	2. Nome da operadora SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE	3.CNPJ operadora 01.613.433/0001-85	4.Número do demonstrativo	5.Data emissão do demonstrativo
----------------------------------	--	--	---------------------------	---------------------------------

Dados do prestador

6. Código Prestador/CNPJ/CPF	7. Nome	8. Código CNES
------------------------------	---------	----------------

Dados do pagamento

9.Data do pagamento	10.Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Crédito em Conta <input type="checkbox"/> Carteira <input type="checkbox"/> Boleto Bancário	11. Banco	12. Agência	13.Número da conta/Cheque
---------------------	---	-----------	-------------	---------------------------

Dados do Resumo

14. Número da fatura	15.Número do Lote	16.Data de envio do lote	17. Número do protocolo	18. Valor informado (R\$)	19. Valor processado (R\$)	20.Valor liberado (R\$)	21.Valor da glosa (R\$)

Total geral	22.Total geral valor informado (R\$)	23.Total geral valor processado (R\$)	24.Total geral valor liberado (R\$)	25.Total geral glosa (R\$)

26. Total Valor

27. Demais descontos ou créditos	Valor

28. Total Valor Liberado