

Data: 10/12/2025
Página: 1/1

Empresa:	Operadora:	CNPJ:	Registro ANS:	Competência:	Beneficiário do Plano de Saúde	Tipo	CPF	Data Nasc.	Rubrica	Valor pago	Data do Pagamento
6 - EMPRESA EXEMPLO	OPERADORA PLANO DE SAUDE	66.666.666/0001-91	348295	01/12/2025	7 - ROBERTO	Titular	451.212.555-86	08/10/1970	8111	200,00	31/12/2025
6 - EMPRESA EXEMPLO	OPERADORA PLANO DE SAUDE	66.666.666/0001-91	348295	01/12/2025	7 - ROBERTO	Titular	451.212.555-86	08/10/1970	8917	50,00	31/12/2025
6 - EMPRESA EXEMPLO	OPERADORA PLANO DE SAUDE	66.666.666/0001-91	348295	01/12/2025	1 - MARIA	Dependente	265.655.666-07	10/09/2021	8111	100,00	31/12/2025
6 - EMPRESA EXEMPLO	OPERADORA PLANO DE SAUDE	66.666.666/0001-91	348295	01/12/2025	1 - MARIA	Dependente	265.655.666-07	10/09/2021	8917	50,00	31/12/2025
Total da operadora:										400,00	
Quantidade de titulares	2										
Quantidade de dependentes	2										
Valor pago por titular	200,00										
Valores de reembolso dos titulares	50,00										
Valor pago por dependentes	100,00										
Valores de reembolso por dependentes	50,00										