

# Confirmação de Atendimento Médico



Nome do Referenciado

Código do Referenciado

Data Atendimento/Internação

Nome do Paciente

Código de Identificação do Paciente

Declaro que estive neste estabelecimento na data acima indicada, recebi atendimento médico e ou hospitalar, e autorizo que as despesas médico-hospitalares sejam analisadas, liquidadas e pagas conforme condições contratuais acordadas com a SulAmérica.

Assinatura do Paciente/Responsável

Número do Documento de Identidade (RG)

Este formulário destina-se exclusivamente aos prestadores que enviam suas cobranças através de arquivo eletrônico de contas **"CONNECTIVIDADE"** ou nos casos onde a **"GUIA"** específica para o atendimento não possui campo para assinatura do segurado, devendo ser preenchido no momento da recepção ao segurado e posteriormente anexado à conta médica.