

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.