

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 hospital, e autorizo que as despesas médicohospitalares sejam analisadas, liquidadase pagas conforme condições contratuais acordadas com a SulAmérica.

Assinatura do Paciente /Responsável	Número do Documento de Identificação ( RG )
-------------------------------------	---

Esse formulário destina-se exclusivamente aos prestadores que enviam suas contas por arquivo magnético de contas "SISHOSP / SISLAB / SISCLIN" devendo ser preenchido no momento da recepção ao segurado e posteriormente anexadas à conta médica emitida pelo sistema.

.0053.0042.0597

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 hospital, e autorizo que as despesas médicohospitalares sejam analisadas, liquidadase pagas conforme condições contratuais acordadas com a SulAmérica.

Assinatura do Paciente /Responsável	Número do Documento de Identificação ( RG )
-------------------------------------	---

Esse formulário destina-se exclusivamente aos prestadores que enviam suas contas por arquivo magnético de contas "SISHOSP / SISLAB / SISCLIN" devendo ser preenchido no momento da recepção ao segurado e posteriormente anexadas à conta médica emitida pelo sistema.

.0053.0042.0597