

Confirmação de Atendimento Médico



SulAmérica

Prod:

Nome do Referenciado	Código do Referenciado	Data Atendimento/Internação
Complexo Hospitalar de Niterói	100000011509	/ /
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)
X	X

Este formulário destina-se exclusivamente aos prestadores que enviam suas cobranças através de arquivo eletrônico de contas "CONNECTIVIDADE" ou nos caso 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.

0053.0042.0997