

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 médico-hospitalares sejam analisadas, liquidadas e 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 médico-hospitalares sejam analisadas, liquidadas e 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

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5-Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 72/

Dados do Beneficiário
8- Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10- Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 12-Atendimento a RN

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 14- Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16-Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

| 24-Tabela | 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27-Cide. Solici. | 28-Cide. Aut. |
|-----------|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5- | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 30- Nome do Contratado 31 - Código CNES

Dados do Atendimento
32-Tipo de Atendimento 33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Código de Procedimento | 41-Descrição | 42-Cide. | 43-Via | 44-Tec. | 45-Fator Red./Acresc. | 46-Valor Unitário (R\$) | 47- Valor Total(R\$) |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| 1- / / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2- / / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3- / / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4- / / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5- / / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48-Seq,Ref,49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF 50- Nome do Profissional 52-Conselho Profissional 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

56- Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66- Assinatura do Responsável pela Autorização 67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68- Assinatura do Contratado