

**Confirmação de
Atendimento**

SEPREV

(19) 3825-4600

www.seprev.sp.gov.br

Número da Autorização

Nome do Credenciado

Data do Atendimento

/ /

Nome do Paciente

Código do Paciente

| | | | | | | | | |

Declaro que estive neste estabelecimento na data acima indicada e recebi o atendimento. Autorizo desde já que essas despesas médicas sejam analisadas, liquidadas e pagas conforme regulamento do SEPREV.

Assinatura do Paciente/Responsável

Número do Documento de Identidade (RG)

Importante: Este formulário destina-se exclusivamente aos credenciados que enviam suas cobranças através do Autorizador Web.

**Confirmação de
Atendimento**

SEPREV

(19) 3825-4600

www.seprev.sp.gov.br

Número da Autorização

Nome do Credenciado

Data do Atendimento

/ /

Nome do Paciente

Código do Paciente

| | | | | | | | | |

Declaro que estive neste estabelecimento na data acima indicada e recebi o atendimento. Autorizo desde já que essas despesas médicas sejam analisadas, liquidadas e pagas conforme regulamento do SEPREV.

Assinatura do Paciente/Responsável

Número do Documento de Identidade (RG)

Importante: Este formulário destina-se exclusivamente aos credenciados que enviam suas cobranças através do Autorizador Web.