Prezado (a) Senhor (a),

Para que possamos dar continuidade ao processo de regulação do sinistro, solicitamos o envio do(s) seguinte(s) documento(s):

**Cobertura: DMHO (Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas)**

- Nota Fiscal original das despesas médicas do segurado;

- RG, CPF, Comprovante de endereço e Formulário de informações cadastrais - PF de quem pagou as despesas médicas do segurado;

**Envio de documentos originais**

Todas as tratativas de envio de documentos serão realizadas via e-mail, posteriormente, os documentos originais que deverão ser enviados para Rua Cel. Xavier de Toledo, 114 1º Andar - República - São Paulo / SP - CEP: 01048-000 constando o número do sinistro e apólice, serão:

- Nota Fiscal original das despesas médicas do segurado;

**Obs. Caso seja necessário, a qualquer momento, outros documentos poderão ser solicitados durante o processo de regulação, bem como as via originais ou cópias autenticadas daqueles já entregues.**