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 Cubatão, 320, 1º Subsolo - Paraíso - São Paulo / SP - CEP: 04013001 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 vias originais ou cópias autenticadas daqueles já entregues.**