



**e) No caso de Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**

1. Formulário do Aviso de Sinistro totalmente preenchido, sem rasuras e assinado pelo Segurado
2. Declaração da Entidade Hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
3. Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
4. Relatório do hospital detalhando materiais e serviços realizados, bem como valores dos mesmos;
5. Notas fiscais originais;
6. Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
7. Receita Médica, quando houver a compra de medicamentos;
8. Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado;
9. Fotocópia do comprovante de residência em nome do segurado;
10. Fotocópia do comprovante bancário em nome do Segurado;