
Autorização (Somente para Obtenção de Documentos Médicos)

Seguradora

Bradesco Vida e Previdência S.A. e Bradesco Seguros S.A.

Prestadora (a ser preenchido pela Seguradora)

Nome Prestador

CPF/MF Prestador

Eu, _____, RG N° _____
residente à _____, bairro _____
na cidade de _____ na qualidade de beneficiário(a) e Responsável Legal do
(a) Sr. (a) _____, autorizo para
instruir o processo de Regulação de Sinistro Vida, que os Médicos, Hospitais, Clínicas, Postos de Saúde,
Laboratórios, INSS, Convênios de Saúde prestem todas as informações, fornecendo Relatórios Médicos,
cópias de Prontuários, cópias e Laudos de Exames solicitados pela Área Médica ou representante desta
Seguradora, de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do(a) declarante (reconhecer firma)._____
Nome:

RG: