



ALFA SEGUROS

Termo de Autorização

Eu, _____
portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob nº _____,
residente e domiciliado à (Rua/Av./), _____
nº _____, complemento: _____, Bairro: _____,
cidade: _____, Estado: _____, na qualidade de _____ da vítima/paciente,
Sr.(a), _____ autorizo, para
instruir o processo de Regulação de Sinistro, nos termos dos artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética
Médica, da Resolução 1658 de 13/12/2002 e na Recomendação nº3 de 2014 do Conselho Federal de
Medicina, a Alfa Seguradora S.A., representada pela empresa prestadora de serviços:
_____ (a ser preenchido pela Seguradora), a solicitar informações e
cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento
clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e
atendimentos, junto aos médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, Convênios
Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico
previdenciária (INSS), que atenderam o(a) Sr(a). _____.

AUTORIZO, ainda, nos termos do art. 653 e seguintes, presentes no Capítulo X, Seções de I a IV, do Código
Civil Brasileiro, a solicitar informações e cópias de documentos de caráter policial, como: Laudo(s)
elaborado(s) pelo Instituto Médico Legal ou Serviço de Verificação de Óbito, Peças de Inquérito Policial,
Boletim de Ocorrência e Perícia Técnica.

Por fim, consinto que os referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Alfa
Seguradora S/A, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização, nesta data.

Local e Data

Assinatura do(a) declarante.

Nome: _____

RG: _____

Obs.: Poderá ser exigido pela Seguradora, reconhecimento de firma neste documento.