PLANO NOVO SIM SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO

Eu_____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº_____, venho por meio deste solicitar **a(s) emissão(ões) da(s) 2ª via do(s) cartão(ões)**, do Plano Novo SIM Saúde dos beneficiários relacionados, estando ciente do pagamento do(s) valor(es), conforme situação assinalada abaixo:

1. DESCRIÇÃO BENEFICIÁRIOS PARA EMISSÃO CARTÃO

Nome	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)

2. MOTIVO

Descrição do motivo	Custo 2ª via do cartão por unidade	Nº de cartões	Valor total
( ) Reinclusão no Plano Novo SIM Saúde	R$ 25,00*		
( ) Perda ou extravio do(s) cartões	R$ 25,00*		
( ) Roubo (NÃO apresentou o boletim de ocorrência)	R$ 25,00*		
( ) Roubo **(Anexar cópia o boletim de ocorrência)**	Sem custo		
( ) Outro motivo (descrever):	Analisado pela SIM		

***Observação: O valor da cobrança será debitado em sua conta corrente ou cobrado via boleto.**

Local:_____ Data:_____/_____/20_____

_____

Assinatura Beneficiário Titular

Central de Atendimento: 0800 642 9200 | E-mail: central@simplanodesaude.com.br | Site: www.simplanodesaude.com.br

Avenida Hercílio Luz, 599 - Ed. Miquerinos, 4 Andar | 88020-000 | Florianópolis - SC | Fone: (48) 3216-9200 | Fax: (48) 3223-3695

ANS - nº 356476