



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\$ 35,68*		
() Perda ou extravio do(s) cartões	R\$ 35,68*		
() Roubo (NÃO apresentou o boletim de ocorrência)	R\$ 35,68*		
() 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.

IMPORTANTE: Para validação da solicitação se faz necessário o envio de um documento de identificação junto a este.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Beneficiário Titular

SEDE ADMINISTRATIVA: Avenida Atílio Pedro Pagani, 115 | sala 1801 | 18º andar | 88132-149 | Palhoça | SC
ATENDIMENTO: Avenida Mauro Ramos, 1450 | sala 301 | 3º andar | 88020-301 | Centro | Florianópolis | SC
Central de Atendimento: 0800 642 9200 | central@simplanodesaude.com.br | www.simplanodesaude.com.br

ANS - nº 356476