



## SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO

Eu \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a emissão da 2ª via do(s) cartão(ões), do Plano SIM Sorrir 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
<input type="checkbox"/> Reinclusão no Plano SIM Saúde	R\$ 34,46 *		
<input type="checkbox"/> Perda ou extravio do(s) cartões	R\$ 34,46 *		
<input type="checkbox"/> Roubo (NÃO apresentou o boletim de ocorrência)	R\$ 34,46 *		
<input type="checkbox"/> Roubo ( <b>Anexar cópia o boletim de ocorrência</b> )	Sem custo		
<input type="checkbox"/> Outro motivo (descrever):	Analisado pela SIM		

**\*Observação: O valor da cobrança será debitado em sua conta corrente.**

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

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Associado

**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](mailto:central@simplanodesaude.com.br) | [www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br)

**ANS - nº 356476**