

SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA
REFERENTE AOS CARTÕES DO SIM FAMÍLIA

Eu _____,
CPF/MF nº _____, matrícula nº _____, associado(a) desta entidade, solicito a emissão da 2ª via do(s) cartão(ões) do Plano de Saúde dos usuários relacionados, estando ciente do pagamento do(s) valor(es), conforme situação assinalada abaixo:

Assinale o Motivo	Descrição do Motivo	Valor da 2ª via do cartão por unidade	Nº de Cartões	Valor Total
	Reinclusão no SIM Família	R\$ 35,99 *		
	Perda ou extravio do(s) cartões	R\$ 35,99 *		
	Roubo (NÃO apresentou o boletim de ocorrência)	R\$ 35,99 *		
	Roubo (APRESENTOU o boletim de ocorrência)	Sem custo		
	Outro motivo (descrever):	Será avaliado pela SIM		

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

Nome: _____
Nome: _____
Nome: _____
Nome: _____

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

_____ / ____ / _____
Local Data (Assinatura do Associado)

Para uso exclusivo da SIM Caixa de Assistência à Saúde:

Recebido por: _____ Data: _____ / _____ / _____

Documentos em anexos: SIM _____ (nº de documentos: _____) ou NÃO _____

Aprovado por: _____