



## 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(a) Titular