SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO SABIN SINAI

1 – **DADOS DO TITULAR**

NOME	N° CARTEIRINHA

2 – MOTIVOS DA SOLICITAÇÃO

☐ PERDA / DANO / EXTRAVIO

☐ ALTERAÇÃO DO NOME

☐ ROUBO / FURTO (enviar cópia do B.O policial com citação do Cartão de Identificação do Plano Vita Saúde).

3 – Solicito a emissão de segunda via do(s) cartão(ões) do Plano Sabin Sinai para o(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s):

NOME DO BENEFICIÁRIO	Nº CARTÃO IDENTIFICAÇÃO OU CPF

Assumo a responsabilidade por qualquer ônus financeiro decorrente do uso indevido desse(s) cartão(ões) enquanto válido(s). Ciente que nos casos de perda, dano ou extravio, será cobrado o valor de **R$ 10,00** (dez reais) para cada cartão solicitado, assim como nos casos de furto e roubo onde não conste citação do cartão de identificação no B.O policial.

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL / DATA

_____

ASSINATURA DO TITULAR OU RESPONSÁVEL