Unimed Chapecó	**SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO DO PLANO DE SAÚDE UNIMED CHAPECÓ**	**FOR.GCC.0001/04** **Implantação: 09/2014** **4ª Revisão: 03/2019**

DADOS DO TITULAR	
Nome completo titular	
Código do beneficiário	
CPF	
Nº fone para contato	
E-mail	
Número do Protocolo de atendimento	
NOME DO(S) BENEFICIÁRIOS(S) QUE NECESSITAM DE CARTÃO	
1. Nome completo Beneficiário	
Código do Beneficiário	
2. Nome completo Beneficiário	
Código do Beneficiário	
3. Nome completo Beneficiário	
Código do Beneficiário	

MOTIVO

( ) Roubo ( ) Perda ( ) Extravio

( ) Vencida Data do vencimento

( ) Outros _____

LOCAL PARA ENVIO DO CARTÃO

( ) Recepção do Setor de Gestão de Contratos

( ) Correio

( ) Tele entrega

INFORMAÇÃO

Estou ciente de que, a cada cartão solicitado terei um débito de R$15,00 na próxima fatura, conforme estabelecido em cláusula contratual do plano de saúde.

****Nos casos que o beneficiário apresentar o Boletim de Ocorrência, devido à roubo, será isento o custo do cartão.

Nome do Solicitante	
Assinatura do Solicitante	
Data da Solicitação	

PROTOCOLO

Cartão entregue por: Dia:	Cartão recebido por: Dia:

ANS – nº 354295