SOLICITAÇÃO DE CARTÃO

Copass Saúde

Nome do Titular			Matricula
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Telefones: ( )	Email: Órgão de Lotação:		

Solicito cartão para o(s) nome(s) abaixo relacionado(s)
1 - Nome Completo
Parentesco
2 - Nome Completo
Parentesco
3 - Nome Completo
Parentesco

Motivo da solicitação	
1-( ) Alteração de Dados	4 -( ) Extravio do cartão
2-( ) Danificado	5-( ) Furto
3-( ) Erro de Embosse	6-( ) Furto com BO
4 - ( ) Perda por parte do Beneficiário	7-( ) Outros:
Item 3 e 7 – Especificar:	

Declaro estar ciente que nos casos 2, 4, 5 e 7, será gerado uma cobrança de 2ª via de cartão no valor de R$ 15,00. Caso assinale a opção 6, favor apresentar/encaminhar a cópia do Boletim de Ocorrência constando o registrado do sinistro.

Local: _____ Data: _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Beneficiário Titular

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8