

Central de Atendimento do **Unesp Saúde**: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: 0800 771 5026 ou (11) 3292-6799

Prezados Senhores:

Sirvo-me da presente para solicitar a emissão da(s) 2ª via(s) de carteira(s) de identificação do(s) usuário(s) abaixo descrito(s).

Relação dos usuários para emissão de novo cartão

Código do Grau de Parentesco (CGP): (1) Cônjuge; (2) Companheiro(a); (3) Filho(a) menor de 24 anos; (4) Pai/Mãe; (5) Filho(a) maior de 24 anos; (6) Outros.

CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
M F		
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
M F		
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
M F		
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
M F		
CGP	NOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO (ASSINALAR X)	NOME DA MÃE	
M F		

Motivo da 2ª via

--

Obs.: Se o motivo for roubo encaminhar cópia do Boletim de Ocorrência (BO) via fax.

Dados do Usuário Titular

NOME DO TITULAR	
CPF	RG

Ao UNESP SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente de que a(s) 2ª via(s) do(s) cartão(ões) solicitado(s) será(ão) encaminhado(s), no prazo máximo de 30 dias corridos.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR