



**Formulário de Solicitação  
2ª Via de Cartão de Beneficiário**

ANS nº 35875-4

**Identificação do Solicitante (Titular):**

Nome: \_\_\_\_\_

Número do cartão CASF: \_\_\_\_\_

**Motivo da Solicitação**

Perda ou extravio

Danificado

Alteração do nome

(enviar cópia de certidão de casamento/averbação)

Roubo/Furto

(enviar cópia da ocorrência policial com citação do cartão de saúde).

Solicito que seja(m) emitido(s) cartão(ões) saúde \_\_\_\_\_ para o(s) Beneficiário(s) abaixo relacionado(s):

Plano	Nome do Associado	Nº. CPF	Dt. Nascimento

**Observação:** No caso de perda ou extravio, autorizo a CASF a debitar dos meus proventos ou em minha conta corrente nº....., Agência....., junto ao Banco da Amazônia, a taxa de cobrança da segunda via do cartão, salvo no caso de roubo com apresentação do Boletim de Ocorrência, o qual cita o cartão de saúde.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

**Despachos da CASF.**

--