

REQUERIMENTO 2ª VIA DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO BENEFICIÁRIO: _____

INSCRIÇÃO NO TRTer SAÚDE: _____

LOTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO-TITULAR: _____

À

Subsecretaria de Gerenciamento do Plano de Saúde
Rua Curitiba, 835 – 8º andar, BH – MG, Cep: 30170-120

Solicito a emissão de segunda via da Carteira de Beneficiário do

() TRTer-SAÚDE

() UNIMED

Responsabilizando-me pelo uso indevido da carteira anteriormente expedida até a presente data, nos termos do art.13, § 3º do Regulamento do Plano.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Beneficiário

Beneficiário Titular Aposentado ou Pensionista preencher abaixo:

Av./Rua: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Telefone: () _____