

Solicitação de 2ª Via de Cartão

Central de Atendimento do **Unesp Odonto**: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: (11) 3292-6799 (São Paulo) ou 0800 771 5026 para demais localidades.

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	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)
CGP	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)
CGP	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)
CGP	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)
CGP	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)
CGP	SITUAÇÃO D A SEXO (ASSINALAR X) M F	NOME	DATA DE NASCIMENTO
		NOME DA MÃE	CPF (PARA MAIORES DE 18 ANOS)

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 ODONTO

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