



**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DA CARTEIRA
DE IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIO
PAS-UFMS**

TITULAR:					SIAPÉ:	
DATA NASC:		CPF:		CELULAR:		
EST. CIVIL:		LOTAÇÃO:		RAMAL		
ENDEREÇO:					CEP:	
CIDADE:		UF:		BAIRRO:		
E-MAIL					FIXO:	

Denominado TITULAR, venho pelo presente solicitar a emissão da segunda via da(s) carteira(s) de identificação do(s) usuário(s) abaixo identificado(s), inscrito(s) no **Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – PAS-UFMS**, administrado pela Coordenadoria de Assistência à Saúde, vinculada à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e do Trabalho – CAS/PROGEP.

<u>NOME DO BENEFICIÁRIO</u>	<u>GRAU DE PARENTESCO</u>	<u>DATA NASCIMENTO</u>

1. Declaro, para os devidos fins de direito e sob as penas da lei, que sou responsável por todos os débitos e danos decorrentes do uso indevido da primeira via da carteira de identificação do PAS-UFMS, relativamente ao(s) usuário(s) acima identificado(s), inscrito(s) no Programa, até a presente data de assinatura deste termo;
2. Fica a CAS/PROGEP autorizada a promover, a qualquer tempo, a verificação das informações aqui prestadas, autorizando, desde logo, a automática exclusão do(s) beneficiário(s) que estiver(em) em desacordo com as normas regulamentares, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis.
3. Declaro para os devidos fins, que estou dispensado (a) do pagamento da taxa de 2ª via de cartão, mediante apresentação de Boletim de Ocorrência de furto ou roubo.

E por ser verdade, firmo a presente declaração, **autorizando o desconto, na próxima folha de pagamento salarial, do valor de R\$50,00 (cinquenta reais), por unidade extraviada.**

Local _____, Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Titular ou Pensionista