**D E C L A R A Ç Ã O**

*Compareci a sede do Programa Mais Social, para comunicar o*

***EXTRAVIO DE CARTÃO ( ) ERRO NO CARTÃO ( )***

Dessa forma, solicito a emissão da **2ª via** do cartão do Mais Social para garantir a continuidade dos meus benefícios e a correta identificação no Programa.

Nome Completo do Titular:

RG nº:

CPF:

Endereço Completo:

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MS

CEP:

Ciente de que que *terei que aguardar a chegada do cartão do benefíciio no referido endereço para que possa estar recebendo o valor do benefício.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-MS, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Beneficiário(a)*

*Atendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(nome completo)*