

 Goiânia, de de

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ACOMODAÇÃO**

Eu, matrícula , setor ,telefone

Solicito a ALTERAÇÃO DE ACOMODAÇÃO do meu plano de saúde de:

 Enfermaria para Apartamento

 Apartamento para Enfermaria

Estou ciente que se for solicitado a alteração de Enfermaria para apartamento terá carência de 6 (seis) meses para a utilização.

Estou ciente que solicitada à alteração na acomodação do plano de saúde será alterado do Titular e de todos os dependentes.

­­­­­­­­­ Assinatura