

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA

Eu, _____,
Associado(a) da ASSEMP-PR, declaro estar ciente da contratação do plano
com acomodação coletiva, para internamento no Plano de Assistência
Médica UNIMED CURITIBA da ASSEMP-PR.

Curitiba, _____de_____de 20____.

Associado:

CPF:

RG: