



HOSPITAL
ADVENTISTA
do PÊNFIGO

Você em Boas Mãos

Mudança de Acomodação

Form.:
114/41
Pág: 1/1
Vias: 02

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS- www.penfigo.org.br

Eu, _____

Credenciado ao convênio: _____ matricula: _____

Com direito a acomodação coletiva, solicito para esta internação acomodação diferenciada, estando ciente que as diferenças de diárias e honorários médicos, serão de minha inteira responsabilidade.

Campo Grande, ____/____/____.

Assinatura paciente / Responsável