

Curitiba, de de 20.....

A  
AFA / Unimed Curitiba

**Ref.: Alteração de Plano - Dependente**

Solicito alterar o plano de saúde de meu dependente:

numero do cartão unimed : 003200000

Do plano:

- ( ) – ambulatorial (obrigatório encaminhar junto termo de ciência)  
( ) - enfermaria sem Obstetrícia  
( ) - enfermaria com Obstetrícia  
( ) - apartamento sem Obstetrícia  
( ) - apartamento com Obstetrícia

Para o plano:

- (     ) – ambulatorial (obrigatório encaminhar junto termo de ciência)  
 (     ) - enfermaria sem Obstetrícia  
 (     ) - enfermaria com Obstetrícia  
 (     ) - apartamento sem Obstetrícia  
 (     ) - apartamento com Obstetrícia

Sem mais

Ass : \_\_\_\_\_

Nome do Titular:\_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_