

## DECLARAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, beneficiário(a) do Plano Suplementar de Saúde da NUCLEP, declaro estar de acordo com a solicitação de internação no hospital \_\_\_\_\_, na acomodação ( ) Enfermaria ( ) Apartamento ( ) UTI, tendo ciência de que os valores em apartamento e UTI são diferenciados.

### CANAIS DE ATENDIMENTO PARA DÚVIDAS:

- Atendimento PSS NUCLEP: (21) 98872-5830
- Ouvidoria do Hospital Credenciado

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura

