

ANEXO IX

TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

Eu, _____, responsável pelo beneficiário _____ Cadastro no PLANSERV nº _____, solicito a mudança de atendimento no Programa Saúde Mental Clínica/Hospital _____ em que fui atendido por equipe multidisciplinar, para a(o) Clínica/Hospital _____.

Justificativa Para Troca de Prestador
(Expor razões que levou a mudança de prestador)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura Do Responsável pelo Beneficiário

Telefones para contato:

1: _____

2: _____