

ANEXO IX

TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

Eu, _____,

() Paciente () Responsável legal (quando aplicável),

Nome do beneficiário: _____

Cadastro no Planserv nº: _____

Venho, por meio deste termo, manifestar meu consentimento livre e esclarecido para a mudança de prestador no âmbito do Programa de Saúde Mental do Planserv, conforme descrito abaixo:

Unidade atual:

Unidade: _____

Modalidade de Atendimento atual:

() Ambulatorial () Hospital Dia

Unidade de Atendimento solicitada:

Unidade: _____

Declaro que:

Este consentimento é firmado de forma livre, voluntária e esclarecida, sem qualquer tipo de coação.

Quando se tratar de menor de idade ou pessoa legalmente vulnerável, declaro ainda que sou o(a) responsável legal, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas e pela decisão ora manifestada.

Relato sucinto das motivações que fundamentam a solicitação de troca de prestador:

Assinatura do(a) Paciente (quando aplicável):

Assinatura do(a) Responsável Legal (quando aplicável):

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____