

## ANEXO IX

### TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo beneficiário \_\_\_\_\_ Cadastro no PLANSERV nº \_\_\_\_\_, solicito a mudança de atendimento no Programa de Endocrinopatia 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: \_\_\_\_\_