

**ANEXO II**

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE CLÍNICA DE TRS**

Eu, \_\_\_\_\_ nome completo do paciente), RG nº \_\_\_\_\_ (número do RG), CPF nº \_\_\_\_\_ (número do CPF), residente e domiciliado(a)

em \_\_\_\_\_ (endereço completo), telefone \_\_\_\_\_ (nº de telefone), autorizo a transferência do meu tratamento de hemodiálise da clínica \_\_\_\_\_ (nome da clínica), localizada em \_\_\_\_\_ (endereço da clínica atual), para a clínica \_\_\_\_\_ (nome da clínica de destino), localizada em \_\_\_\_\_ (endereço da clínica de destino), conforme necessidade previstas em Edital de Credenciamento.

A \_\_\_\_\_ mudança se \_\_\_\_\_ justifica por \_\_\_\_\_ (justificativa da mudança).

Declaro estar ciente de todas as informações e implicações mencionadas neste documento e concordo com a mudança de clínica.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante da clínica atual

\_\_\_\_\_  
Nome do representante da clínica atual

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
Local e data