

Nome do Beneficiário: _____

Nome do Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Princípio ativo solicitado

Descrição do Princípio Ativo :	Dose:
--------------------------------	-------

Estado clínico do paciente:

() Estável clinicamente.

() Instável clinicamente.

Sobre uso de Biossimilares:

() Médico concorda com o tratamento de biossimilares, quando disponíveis na Unimed Curitiba.

() Médico discorda do tratamento com biossimilares, pelo motivo:

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo do profissional solicitante