



À Fundação Copel

Solicito a minha inscrição no Programa de Medicamentos de Uso Contínuo – Modalidade: Produtos Dessensibilizantes – VACINAS, da Fundação Copel de Previdência e Assistência Social.

Declaro ter pleno conhecimento e concordar com as normas constantes na regulamentação do benefício, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas e pela veracidade destas.

Autorizo o fornecimento e/ou comprometo-me a fornecer à Fundação Copel de Previdência e Assistência Social quaisquer documento(s)/informação(ões) relacionados ao tratamento proposto, indicado neste formulário, inclusive o fornecimento da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

Declaro ainda, ter pleno conhecimento de que a Fundação Copel de Previdência e Assistência Social manterá sob sigilo as informações aqui prestadas.

BENEFICIÁRIO _____		REGISTRO _____
		/ -
LOCAL _____	DATA _____	ASSINATURA _____
	/ /	

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL MÉDICO

Plano de tratamento

Nome do Produto	Dosagem

CID _____	DURAÇÃO PREVISTA PARA O TRATAMENTO _____
-----------	--

Justificativa Médica do Tratamento Dessensibilizante

Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas acima e que o(s) tratamento(s) não possui natureza experimental.

LOCAL _____	DATA _____	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL _____
	/ /	

ANEXAR RECEITA MÉDICA

EXCLUSIVO FUNDAÇÃO COPEL

Parecer: _____

LOCAL _____	DATA _____	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO PERITO _____
	/ /	