

	<b>INDICAÇÃO AO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS COMPLEXOS PGCC</b>	<b>FOR.EVB.0003/02</b> Implantação: 04/2017 2ª Revisão: 08/2020
---	---	---

DADOS CADASTRAIS			
Nome do beneficiário			
Código do cartão Unimed			
Data de nascimento		Idade	
Município de residência			
Telefones	(    )		
CONDIÇÕES CLÍNICAS			
Nome do médico assistente			
DESCRIÇÃO DO CASO/JUSTIFICATIVA PARA INDICAÇÃO			
<b>Data:</b>  ____/____/____	Nome completo e assinatura do responsável pela indicação		