|  |
| --- |
| Empregado - Nome |
|   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matrícula      | DV      | Gerência      | Telefone      |

|  |
| --- |
| Beneficiário      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CID | Medicamentos / Correspondentes aos CID´s | Quantidade Data |
|  |  |  |  |
|  |       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |

Orientações:

1. Ao Médico solicitante, esclarecemos que este documento se destina à avaliação da concessão do benefício de medicamento, através de reembolso, para doenças crônicas. Portanto, só devem ser requisitadas medicações indicadas para este fim.
2. O programa de medicamentos é destinado EXCLUSIVAMENTE para doenças crônicas.

|  |  |
| --- | --- |
| Data da Prescrição  | Médico Assistente Solicitante / Carimbo  |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Aprovação da Operadora |  |
| Data | Médico Avaliador / Carimbo |
|       |       |