|  |
| --- |
| 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 |
|  |  |