

Autorização para Medicamentos Especiais

| Identificação | | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Código na Operadora / CNPJ / CPF | | Nome do Contratado | | E-mail ou Fax para retorno |
| Número da Carteira do Beneficiário | Nome | | Idade (em anos) | Sexo () F () M |
| Diagnóstico | | Tempo de evolução da doença | Data / / | |
| CID 10 - Principal | CID Complementares | | | |
| Tratamentos anteriores: | | | | |
| 1º) | | | Data: / / | |
| 2º) | | | Data: / / | |
| 3º) | | | Data: / / | |
| Tratamento proposto | | | | |
| Data de início | | Intervalo entre os Ciclos: | | |
| Previsão estimada da duração do tratamento, se pertinente: | | | | |
| A presente indicação consta em bula? () Sim () Não | | | | |
| Tratamento Atual (se difere do anterior) | | | | |
| () Inicial () Continuidade | | | | |
| Justificativa (incluindo resultados de exames) | | | | |
| Peso (Kg) | | Altura (metros) | | Sup. Corpórea (m ²) |
| Medicamento | Anvisa | Dose diária (mg) | Via de Administração | Data de realização |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data: ____/____/____ Profissional Solicitante (assinatura e carimbo): _____

Especialidade: _____ Telefone para contato: _____

Encaminhar este formulário, com **antecedência mínima** de 05 (cinco) dias úteis da data do procedimento, para o Fax (11) 2106-0081