

IMUNOBIOLOGICOS SUBCUTÂNEOS

Formulário de Solicitação



Dados da Solicitação

Médico Solicitante

Nº do CRM	UF	Telefones para Contato (com DDD)	Data de Solicitação _/_/____
-----------	----	----------------------------------	---------------------------------

Dados do Beneficiário (Segurado) (*CAMPOS OBRIGATÓRIOS)

*Nome Completo (sem abreviações)	*Produto	*Número do Cartão de Identificação	
*CPF	*Endereço		
*Complemento	*CEP	*Cidade	*UF
*Email	*Telefone (com DDD)	*Celular (com DDD)	

Dados do Atendimento (para preenchimento pelo Médico)

Diagnóstico Completo	CID-10	Sexo	Idade	Peso
Número de articulações acometidas	Data do primeiro diagnóstico	Data de início do Tratamento (Quando começou a utilizar o medicamento em questão)		
Tratamentos Anteriores (especificar droga e tempo de utilização)				

Medicamentos (use mais de um formulário, se necessário)

Nome do Medicamento	Dose a ser administrada por aplicação (MG)	Ciclo Atual	Data de início da administração do ciclo atual

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

Informações importantes

- ✓ Todos os dados do formulário deverão ser preenchidos de forma legível, principalmente no campo (Dados do Segurado), a ausência de informações pode inviabilizar ou atrasar a resposta pela SulAmérica.
- ✓ A SulAmérica e seus parceiros poderão enviar mensagens de texto (SMS) para o segurado, nos números informados acima, com informações sobre o andamento de sua solicitação.
- ✓ **AO DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO, ANEXAR LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS COMPROBATÓRIOS DO DIAGNÓSTICO E DA ATIVIDADE ATUAL DA DOENÇA E LAUDOS DE EXAMES RADIOLÓGICOS QUE COMPROVEM EVOLUÇÃO DA DOENÇA (PELO MENOS 2)**