

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				
Tratamentos anteriores:				
1º)			Data:	
2º)			Data:	
3º)			Data:	
Tratamento proposto				
Data início		Intervalo entre os Ciclos:		
Previsão estimada da duração do tratamento, se pertinente:				
Tratamento Atual (se difere do anterior)				
Inicial		Continuidade		
Justificativa (incluindo resultados de exames)				
Peso (em Kg)	Altura (em cm)	Sup. corpórea (m ²)		
Nome / especificação dos medicamentos		Dosagem em : mg / dia	Via de Admin.	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 Nº (11) 2106-0081