

Autorização para Medicamentos Especiais

Identificação					24. 这位的现在分词形式					
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	o da	doença	Data		
CID 10					I			L		
Tratamentos anteriores:										
1°)							Data:			
2°)							Data:			
3°)							Data:			
Tratamento proposto									1	
Data infeio				les	tervalo entre os Cicle					
Data início				In	tervalo entre os Cicio	os.				
Previsão estimada da duração d	o trata	mento, se pertin	ente:							
Tratamento Atual (se difer	e do a	anterior)								
Inicial Conti	nuidad	de								
Justificativa (incluindo resulta	ados d	le exames)								
	Altura		Sup (m²	o. corpórea						
			Dosagem em : Via de				Data de realização			
Nome / especificação dos medicamentos			mg	mg / dia Admin.						
								- 2:		
		5								
			v							
Data:/Prof	issiona	al Solicitante (as	sinatura e car	imbo):						
Especialidade:		2.5	Telefone par	ra contato:						
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				P G						

Encaminhar este formulário, com $\frac{antecedência mínima}{a}$ de 05 (cinco) dias úteis da data do procedimento, para o Fax N $^{\circ}$ (11) 2106-0081