

AUXÍLIO-MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, para fins de concessão de Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo pela CAPESESP, que o(a) Sr(a) _____ inscrito no CAPESAÚDE sob a matrícula número _____, é portador da(s) patologia(s) de curso crônico a seguir discriminada (_____ e/ou _____),

CID

DIAGNÓSTICO

necessitando de medicações de uso continuado, pelo período mínimo de 6 meses a contar desta data.

Desde já autorizo, sob a supervisão de farmacêutico responsável, a substituição da medicação prescrita para o paciente em referência, por genérico, de acordo com a Lei 9.787, de 10/02/99, regulamentada pelo Decreto nº 3181, de 23/9/99.

LOCAL E DATA

CARIMBO / ASSINATURA / CRM E CPF DO MÉDICO

ASSINATURA DO TITULAR

Prezado Doutor,

Pedimos a gentileza de avaliar a possibilidade de utilizar na sua prescrição os produtos listados no verso dessa Declaração.

O motivo de tal solicitação é que a CAPESESP disponibiliza aos seus associados portadores de patologias crônicas, um programa de auxílio à aquisição de medicamentos, que tem demonstrado ser de extrema importância para a melhoria da saúde e qualidade de vida.

Com o objetivo de viabilizá-lo financeiramente, garantindo a continuidade de benefício com a maior abrangência possível, foi negociado com os fornecedores a compra desses medicamentos a preço de fábrica.

Agradecemos a sua colaboração e ressaltamos que as informações contantes na presente declaração possuem caráter confidencial, portanto, serão analisadas exclusivamente pelos profissionais da Associação Médico do CAPESAÚDE e farmacêutico responsável pelo aviamento da receita.