



# FORMULÁRIO INVEGA

## Dados do Associado

Nome:

Matrícula:

Idade:

CID:

Quadro Clínico:

Tratamento Prévio:

Droga:

Dosagem:

Período de Tratamento:

Internações Psiquiátricas recentes? ( ) não ( ) sim

Períodos:

Medicamento Solicitado:

Posologia:

Continuidade de Tratamento? ( ) não ( ) sim

Data da 1ª Liberação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1ª vez ( )

Informar a evolução clínica:

Para uso da DAM:

Autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promover ações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP.

LOCAL E DATA

CARIMBO/ASSINATURA/CRM E CPF DO MÉDICO

### Documentação Necessária

Formulário, receita e evolução clínica.