



À Fundação Copel

Solicito a minha inscrição no Programa de Medicamentos de Uso Contínuo da Fundação Copel de Previdência e Assistência Social.

Declaro ter pleno conhecimento e concordar com as normas constantes no regulamento do Prosaúde, Módulo “Assistência Farmacêutica” e deste Programa, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas e pela veracidade destas.

Autorizo o fornecimento e/ou comprometo-me a fornecer à Fundação Copel quaisquer documentos/informações relacionados ao(s) medicamento(s) prescrito(s) neste formulário, inclusive o fornecimento da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

Declaro, ainda, ter pleno conhecimento de que a Fundação Copel manterá sob sigilo as informações aqui prestadas.

BENEFICIÁRIO _____		REGISTRO _____ / -
LOCAL _____	DATA _____ / /	ASSINATURA _____

### INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL MÉDICO/ODONTÓLOGO

#### Medicamento(s) Prescrito(s)

Nome Comercial ou Similar + Dosagem	Nome Genérico ou Substância Ativa + Dosagem	Posologia

CID _____	DURAÇÃO PREVISTA PARA O TRATAMENTO _____
-----------	--

#### Justificativa Médica do Tratamento


Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas acima e que o(s) medicamento(s) não se refere(m) a tratamento natural, de natureza experimental, cosmetológica ou estética.

LOCAL _____	DATA _____ / /	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL _____
-------------	-------------------	--

### ANEXAR PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXCLUSIVO FUNDAÇÃO COPEL

Modalidade:  Alto Custo  Doença Crônica

Parecer: \_\_\_\_\_

LOCAL _____	DATA _____ / /	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO PERITO _____
-------------	-------------------	---