



À Fundação Copel

Solicito a minha inscrição no Programa de Medicamentos de Uso Contínuo - Modalidade: EMAGRECIMENTO, 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

Medicamento(s) Prescrito(s)	
Comercial	Genérico ou Substância Ativa

CID 10 _____	PESO _____	ALTURA _____
--------------	------------	--------------

Justificativa Médica do Tratamento para Emagrecimento

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

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

ANEXAR RECEITA MÉDICA

EXCLUSIVO FUNDAÇÃO COPEL

* Anexar Perícia Médica

Parecer: _____

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