

6.3 ANEXO III – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS – PRM**1. Dados do Beneficiário:**

Nome: _____

Nº Cartão Saúde CAIXA: _____

2. Condição de Saúde do Beneficiário:**3. O(A) paciente, acima, apresenta a(s) seguinte(s) patologia(s):**

Patologia(s)	CID 10

4. Prescrevo tratamento com utilização do(s) seguinte(s) medicamento(s):

Nome comercial: _____

Princípio Ativo: _____ Período Tratamento: _____

Classe: _____ Apresentação: _____

Via de administração: _____ Posologia: _____

Nome comercial: _____

Princípio Ativo: _____ Período Tratamento: _____

Classe: _____ Apresentação: _____

Via de administração: _____ Posologia: _____

5. Dados do Médico Assistente:

Nome: _____ CRM: _____

CPF: _____ Cidade: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do Médico Assistente: _____