

Guia de Prescrição de Medicamentos de Uso Contínuo**Dados do Beneficiário**

Nome: _____	Matrícula: _____
--------------------	-------------------------

Dados de Diagnóstico

Patologia Principal: _____
Patologias Secundárias: _____
Período Previstos de Utilização: _____ (EXPRESSO EM MESES)

Medicamentos Prescritos

QUANT.	UNID.	NOME DO MEDICAMENTO	Nº. CID	POSOLOGIA	USO IB

_____ / ____ / _____	_____
Local	Data
Assinatura do Médico com carimbo CRM e CPF	

Uso Exclusivo da Itaipu

Recebido	Análise Técnica
_____ / ____ / _____	_____ / ____ / _____
Assinatura	Assinatura