

## Guia de Prescrição de Medicamentos de Uso Contínuo

### Dados do Beneficiário

<b>Nome:</b> _____	<b>Matrícula:</b> _____
--------------------	-------------------------

### 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