CASSI Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

ANS - n.º 34665-9

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (DMA)

Para preenchimento obrigatório do Titular (ou Dependente) do Plano:

Nome do Titular do Plano: _____

Nº. Matrícula do Titular do Plano: _____

Caso esta DMA seja para solicitação de materiais e/ou medicamentos de dependente do Plano, informar ainda:

Nome do Dependente: _____

Nº. Matrícula do Dependente do Plano: _____

Autorizo o Médico Assistente a informar a (s) respectiva (s) CID (s).

_____

Assinatura do Titular (ou Dependente) do Plano

Para preenchimento obrigatório do Médico Assistente:

Nome do Participante (paciente): _____

Em conformidade com o Código de Ética Médica, Artigos 30, 39 e 62, declaro, por solicitação do paciente acima, que o mesmo é portador de doença(s) crônica (s), classificada (s) na (s) CID (s) especificada (s). Declaro, também, que para seu tratamento, há exigência do uso dos materiais descartáveis de uso domiciliar e/ou dos medicamentos, na apresentação, posologia, via de administração e tempo de uso, conforme a seguir:

PARA MEDICAMENTOS

O medicamento deve ser identificado por princípio ativo, ou seja, pelo(s) nome(s) do(s) fármaco(s) / sal base.

CID	Princípio Ativo (Fármaco)	Forma de Apresentação	Via de administração	Posologia	Tempo de Uso

PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS DE USO DOMICILIAR

CID	Material	Quantidade Diária	Tempo de Uso

_____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente **Especialidade**

_____

Local e Data

Observações:
1) É indispensável o uso da CID-10 para cada medicamento e/ou material listado.
2) Para o processamento desta DMA é necessário que as informações acima sejam preenchidas de próprio punho pelo Médico Assistente.
3) Esta DMA deve identificar o número do registro do Médico Assistente junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Central de Atendimento CASSI: 0800 7290080