

Nome do titular ou pensionista:

Matrícula:

Nome do paciente:

CPF:

Idade:

Endereço para entrega:

Nº e complemento:

Bairro:

CEP:

Estado:

Cidade:

Telefone 1: ()

E-mail:

Telefone 2: ()

EXISTE RESPONSÁVEL LEGAL PELO PACIENTE? SE SIM, PREENCHA:

Nome completo do responsável legal:

Parentesco:

Telefone: ()

Solicito fornecimento do Medicamento Especial (conforme receituário) _____ pelo PRAS - Programa Referência de Assistência à Saúde, com cobertura integral, para o beneficiário informado acima, conforme DUT – Diretriz de Utilização regulamentada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ESTOU CIENTE:

- 1) Para análise da solicitação é indispensável apresentar para a operadora:
 - a) Receita médico e relatório médico justificando a utilização do(s) medicamento(s) e proposta terapêutica.
 - b) Este formulário devidamente preenchido e assinado.

Importante: As cópias das documentações deverão ser enviadas para análise, através do Atendimento Presencial ou via Portal, acesse: www.cemigsaude.org.br > Área do Beneficiário > Fale Conosco > Solicitação > Medicamento Especial ou por meio das pontas do atendimento presencial;

- 2) Após análise prévia da auditoria médica, o medicamento será fornecido pela Cemig Saúde, **conforme princípio ativo prescrito pelo médico.**
 - 2.1. Será permitida ao profissional farmacêutico a substituição do medicamento prescrito, pelo medicamento genérico ou similar equivalente, salvo restrições expressas pelo profissional prescritor.
- 3) O prazo de análise e de autorização é de até dez dias úteis, conforme ANS, para Procedimento de Alta Complexidade - PAC. Após a análise e aprovação da guia, os medicamentos serão entregues ao beneficiário no prazo de sete dias úteis.
- 4) A entrega da medicação será realizada por empresas parceiras, no endereço informado neste formulário, em horário comercial. *A escolha do fornecedor é de exclusividade da Cemig Saúde.*
- 5) É dever do beneficiário manter os dados cadastrais atualizados, para que não haja atraso no fornecimento.
- 6) É dever do beneficiário informar imediatamente à Cemig Saúde qualquer alteração no tratamento, seja dosagem, forma de uso ou suspensão do medicamento.
- 7) Estou ciente que, após autorização para fornecimento do medicamento, serei informado pela operadora sobre o período de validade da autorização e, após o fim deste período é meu dever apresentar toda a documentação atualizada para a Cemig Saúde aprovar um novo período de fornecimento.

O beneficiário, acima qualificado, titular dos dados, sensíveis ou não, declara para os devidos fins, que autoriza e que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Cemig Saúde por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do objeto social da Cemig Saúde que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários. Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.

Assinatura do titular, paciente (maior de 18 anos) ou responsável legal:

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do titular, paciente (maior de 18 anos) ou responsável legal:

Protocolo:

417505 _____