



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

Solicitação de Isenção de Cobrança da Co-participação em Consultas Médicas

I. Dados do Titular

Nome - Matrícula:

CPF:

II. Dados do Paciente

Nome - Idade:

Plano:

E-mail:

Telefone:

III. Dados do Médico

Médico:

Telefone:

Especialidade:

CRM:

IV. Diagnóstico/Tratamento

Diagnóstico/Tratamento:

CID:

Atenção: Prezado Profissional, solicitamos detalhar a situação da Patologia, Uso de Medicamentos, Necessidades de Acompanhamento etc.

Assinatura e Carimbo Médico:

Data:

V. Avaliação Auditoria - FIPECq Vida

Assinatura e Carimbo Médico:

Data:

VI. Processamento NAC

Assinatura:

Data:

VII. Observações

Atenção: Formulário válido por 06 (seis) meses, devendo ser revalidado após este período.

Data da Solicitação: ___/___/___.
Emitido por: _____