

Secretaria de Gestão do STF - Med



AUXÍLIO-MEDICAMENTO

DADOS DO TITULAR

Nome Completo:

E-mail:

Matrícula:

Telefone/Ramal:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

BENEFICIÁRIO	TIPO DE BENEFICIÁRIO	MEDICAMENTO/VACINA
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA HABILITAR-SE AO REEMBOLSO

Cupom ou Nota Fiscal, contendo:

- 1) nome do titular ou do seu dependente econômico, quando se tratar de nota fiscal;
- 2) emitido há, no máximo, 30 dias;
- 3) nome comercial ou genérico, quantidade e o valor dos medicamentos;
- 4) sem emendas ou rasuras.

Receita médica, contendo:

- 1) nome do beneficiário atendido;
 - 2) CID 10;
 - 3) nome dos medicamentos, posologia e tempo previsto de uso;
 - 4) data de emissão;
 - 5) assinatura e carimbo do profissional assistente, constando o número do registro no respectivo Conselho.
- Obs: A cópia da receita será admitida quando houver obrigatoriedade de retenção do respectivo original pela farmácia ou drogaria.

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE PELO BENEFICIÁRIO

Cupom ou Nota Fiscal

Renovação de receita

Receita já entregue

Valor Total R\$:

Carimbo de recebimento

Solicito reembolso da(s) despesa(s) acima discriminada(s) e estou ciente dos normativos vigentes.

Assinatura do Beneficiário Titular

Data: _____