

Reembolso de Medicamentos e Vacinas

Informações do titular

Nome completo		Matrícula	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Informações sobre documentação necessária

AUXÍLIO-MEDICAMENTO

Cupom ou Nota Fiscal, sem emendas ou rasuras, emitido há, no máximo, 30 dias, contendo: 1) nome do beneficiário, quando se tratar de nota fiscal; 2) nome comercial ou genérico, quantidade e o valor dos medicamentos.	Receita médica ou odontológica, contendo: 1) nome do beneficiário atendido; 2) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 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. ① A cópia da receita será admitida quando houver obrigatoriedade de retenção do respectivo original pela farmácia ou drogaria.
---	---

VACINA

Cupom ou Nota Fiscal, sem emendas ou rasuras, emitido há, no máximo, 30 dias, contendo: 1) nome do beneficiário, quando se tratar de nota fiscal; 2) nome comercial ou genérico, quantidade e o valor dos medicamentos.	Pedido médico, contendo: 1) nome do beneficiário atendido; 2) nome da vacina; 3) data de emissão; 4) assinatura e carimbo do profissional assistente, constando o número do registro no respectivo Conselho.
---	--

① A nota fiscal ou o recibo somente serão aceitos se emitidos há, no máximo, trintas dias, nos termos do [AD 40/2012](#).

Informações do pedido de reembolso

Beneficiário atendido	Medicamento/Vacina	Quantidade	Valor R\$	Nº da NF ou Cupom	Data da NF ou Cupom

Solicito reembolso da(s) despesa(s) acima discriminada(s), encaminhando a documentação necessária para habilitar-me ao reembolso e estou ciente dos [normativos vigentes](#).

Local e Data:

Assinatura do titular: