

Solicitação de Reembolso - Programa Auxílio-medicamento

1 - Identificação do beneficiário:

Nome:

Cartão de identificação (14 dígitos):

2 - Justificativa do reembolso:

- | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> a | Cidade sem farmácia credenciada | Nº do cupom fiscal _____ |
| <input type="checkbox"/> b | Sistema Autorizador indisponível | Nº do cupom fiscal _____ |
| <input type="checkbox"/> c | Farmácia sem a quantidade de medicamento prescrito | Nº do cupom fiscal _____ |
| <input type="checkbox"/> d | Código de medicamento ou CRM/CRO inconsistentes | Nº do cupom fiscal _____ |
| <input type="checkbox"/> e | Outros (especificar) _____ | Nº do cupom fiscal _____ |

3 - Identificação da farmácia credenciada (não responder caso tenha assinalado a alternativa "a" no campo de justificativa):

Nome:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

UF:

CEP:

Telefone:

Nome do atendente:

Data da ocorrência:

Horário da ocorrência:

4 - Nº senha de autorização (não responder caso tenha assinalado a alternativa "a" no campo de justificativa):

Para obter a senha de autorização para reembolso, contate a ePharma através do canal de atendimento. Ligue **(11) 3003-4812** - atendimento de seg. a sex. das 7h às 23h e sábados, domingos e férias das 8h às 22h.

5 - Declaração:

Eu _____,

CPF Nº _____, declaro estar ciente que esta solicitação será avaliada de acordo com as normas da Funcesp acatando ou não a liberação deste reembolso.

Assinatura do usuário solicitante

_____/_____/_____
Data

Esta solicitação deve ser encaminhada no prazo de até 7 dias úteis a contar da data de aquisição do medicamento. Anexar obrigatoriamente o cupom fiscal, a receita médica e o relatório médico, quando este último for necessário.