

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

• **[Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório].**

Solicitação para aquisição e remessa de medicamentos, em conformidade com as normas e regulamentos do benefício, bem como com receita médica/odontológica anexa:

INFORMAÇÕES DO TITULAR			
Nome:			
Matrícula:			
E-mail:			
Fone:		Celular:	
INFORMAÇÕES SOBRE O USO DO MEDICAMENTO			
Para uso próprio?	() Sim	() Não	(se não, informe dados do beneficiário)
Nome do beneficiário:			
Matrícula:			

Poderão ser enviados medicamentos para até 30 dias de tratamento. As remessas serão feitas automaticamente, até o limite de 12 meses (período de validade da receita).

As remessas serão entregues no endereço de trabalho (lotação) do titular do plano. Para evitar extravio ou dificuldade na entrega informe seu **endereço de trabalho**.

A opção pela entrega em outro endereço poderá ser feita, contudo, os custos de frete serão descontados posteriormente na folha de pagamento do beneficiário titular.

INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL DA ENTREGA			
Endereço:			
Complemento:		Número:	
Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado:	

-----, ____ de ----- de -----.

Assinatura do titular

Para uso da ELOSAÚDE:

Protocolo ELOSAÚDE

Digitado em: ____/____/____
Digitado por: _____
----- Visto do digitador