

## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

### INFORMAÇÕES GERAIS DO SERVIDOR REQUERENTE

Nome do Titular				Matrícula	
Lotação	Telefone	Nome/Nº do Banco	Nome/Nº da Agência	Nº da Conta Corrente	
Nome do Beneficiário					

### AUXÍLIO REQUERIDO

- Medicamento de Alto Custo – aqueles cujo valor mensal seja igual ou superior a um salário mínimo.
- Mediamento de Uso Contínuo – aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas.

Nº da Nota Fiscal/Cupom	Descrição do Medicamento	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total

ATESTO O USO DO(S) MEDICAMENTO(S) E SOLICITO O REEMBOLSO DA(S) DESPESAS ACIMA DISCRIMINADA(S) DE ACORDO COM A NORMA COMPLEMENTAR Nº 12/2013 DO PLAN-ASSISTE.

Local e Data	Assinatura
--------------	------------

### ANÁLISE ADMINISTRATIVA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nota ou Cupom Fiscal<br><br><input type="checkbox"/> Emitido em nome do titular ou de seu dependente<br><br><input type="checkbox"/> Original, legível e emitida em até 60 dias;<br><br><input type="checkbox"/> Nome comercial ou genérico do medicamento, quantidade e valor;<br><br><input type="checkbox"/> Sem emendas ou rasuras. | <input type="checkbox"/> Receita Médica<br><br><input type="checkbox"/> Emitida em nome do titular ou de seu dependente; Original, legível e datada;<br><br><input type="checkbox"/> Assinatura e carimbo do médico ou odontólogo com registro profissional;<br><br><input type="checkbox"/> Nome dos medicamentos, posologia, tempo previsto de uso e CID;<br><br><input type="checkbox"/> Sem emendas ou rasuras. |
|--|---|

### ANÁLISE TÉCNICA

Consta na Rename	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Motivo do Indeferimento:
Dispensação Gratuita	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	_____
Código _____	Brasíndice <input type="checkbox"/>	Simpro <input type="checkbox"/>	_____
<b>Deferido</b>	<b>Indeferido</b>	Data ____/____/____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assinatura do Auditor

## DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÁ INSTRUIR A SOLICITAÇÃO

### 1 – A Nota Fiscal ou Cupom Fiscal, para efeitos da concessão do benefício:

- Deverá ser original;
- Terá validade de sessenta dias, a contar da data de sua emissão;
- Deverá ser emitida em nome do beneficiário ou do seu dependente;
- Deverá conter o nome comercial ou genérico, a quantidade e o valor dos medicamento, inclusive dos manipulados;
- Deverá estar sem emendas ou rasuras.

### 2 – Receita médica ou odontológica deverá:

- Ser original;
- Ser legível;
- Estar datada;
- Estar assinada e carimbada pelo profissional assistente, constando o nº do registro no respectivo Conselho;
- Estar emitida em nome do beneficiário que irá realizar o tratamento médico ou odontológico;
- Conter a descrição dos medicamentos e suas respectivas quantidades.

### Observações:

- a) Medicamento de uso contínuo deverá ser indicado em receituário pelo médico e atestado pela perícia médica do Plan-Assiste.
- b) Admitir-se-á cópia da receita nos seguintes casos:
  - quando houver obrigatoriedade de retenção do respectivo original pela farmácia ou drogaria;
  - quando se tratar de medicamento de uso contínuo, prolongado ou com especificação de período. Neste caso, o médico assistente deverá anotar a expressão “uso contínuo” ou equivalente na receita, cuja validade será de seis meses a contar de sua emissão.