

AUXÍLIO MEDICAMENTO – SOLICITAÇÃO

(1ª VIA)

Data do Pedido		Data do Reembolso	
Nome			
Departamento		Ramal	
Função		Nível/Faixa	
Nome do Dependente		Parentesco	
Banco Bradesco	Agência	Conta Corrente	

Uso exclusivo do Ambulatório Médico	
Crônica	Grave
Cód. Doença	Tempo previsto do tratamento

Aprovado	
Sim	
Não	

Reembolso 100%	
Reembolso 50%	
Reembolso 25%	

Qtd	Aparelho Ortopédico	Valor Unitário	Desc. Unitário	Valor Total
Total (A)				

Qtd	Medicamento	Valor Unitário	Desc. Unitário	Valor Total
Total (B)				
Valor do Reembolso (A+B)				

O funcionário está ciente que o reembolso do valor da compra dos medicamentos somente será feito se os documentos estiverem de acordo com as regras do Fundo Auxílio Medicamento.

Assinatura do Funcionário

Assinatura AFEAESP

AUXÍLIO MEDICAMENTO – SOLICITAÇÃO

(2ª VIA)

Data do Pedido		Data do Reembolso	
Nome			
Departamento		Ramal	
Função		Nível/Faixa	
Nome do Dependente		Parentesco	
Banco Bradesco	Agência	Conta Corrente	

Uso exclusivo do Ambulatório Médico	
Crônica	Grave
Cód. Doença	Tempo previsto do tratamento

Aprovado	
Sim	
Não	

Reembolso 100%	
Reembolso 50%	
Reembolso 25%	

Qtd	Aparelho Ortopédico	Valor Unitário	Desc. Unitário	Valor Total
Total (A)				

Qtd	Medicamento	Valor Unitário	Desc. Unitário	Valor Total
Total (B)				
Valor do Reembolso (A+B)				

O funcionário está ciente que o reembolso do valor da compra dos medicamentos somente será feito se os documentos estiverem de acordo com as regras do Fundo Auxílio Medicamento.

Assinatura do Funcionário

Assinatura AFEAESP