

FOP 070.03 - TERMO DE ADESÃO PARA O FORNECIMENTO DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS ORAIS
INFORMAÇÕES GERAIS

 O beneficiário que utilizará a medicação solicitada será: Beneficiário Titular Beneficiário Dependente

OBS: Nos casos em que o Beneficiário Titular for o usuário da medicação solicitada é necessário preencher apenas as informações do Bloco 1 e nos casos em que o usuário for o Beneficiário dependente é necessário preencher as informações dos Blocos 1 e 2.

1. BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome (Completo e sem abreviação):

Matrícula:

Data de Nascimento:

/ /

Sexo:

 Feminino Masculino

RG:

Órgão Emissor:

Data de Expedição:

/ /

CPF:

Endereço residencial:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade/UF:

Bairro:

CEP:

Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):

Nome do Pai (Completo e sem abreviação):

 Telefone: Residencial: ()

 Comercial: ()

 Celular: ()

Email:

2. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Nome (Completo e sem abreviação):

Data de Nascimento:

/ /

RG:

Órgão Emissor:

Data de Expedição:

/ /

Sexo:

 Feminino Masculino

CPF:

Endereço residencial:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade/UF:

Bairro:

CEP:

Nome da Mãe (Completo e sem abreviação):

Nome do Pai (Completo e sem abreviação):

 Telefone: Residencial: ()

 Comercial: ()

 Celular: ()

Email:

TERMOS E CONDIÇÕES

- I. Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de utilização indevida dos medicamentos recebidos.
- II. Estou ciente de que o início do recebimento dos medicamentos somente ocorrerá após elegibilidade das informações.
- III. Autorizo a POSTAL SAÚDE recolher os valores oriundos de coparticipação, por meio de desconto em folha de pagamento.
- IV. Li e concordo com as regras que regem o fornecimento de Medicamentos Quimioterápicos Oraís e Adjuvantes.

_____, ____/____/____.

Local e Data

 Assinatura do Titular Responsável

 Assinatura da Postal Saúde

Observação: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Postal Saúde responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado e/ou incompleto.

 Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br
 Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116
 Central de Atendimento para
 Deficientes Auditivos: 0800 888 8117

ANS - nº 41913-3

UNIDADE ADMINISTRATIVA GESTORA: COSER/GEOPS

UNIDADE ADMINISTRATIVA ELABORADORA: COPEN/GEQOV

FOP 070.03

VIGÊNCIA A PARTIR DE: 19/12/2017

DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 18/12/2017

DATA DA PUBLICAÇÃO: 19/12/2017