

**FOP 070.02 - TERMO DE ADESÃO PARA O FORNECIMENTO 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: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 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):

RG:	Órgão Emissor:	Data de Expedição: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 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 Orais e Adjuvantes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Postal Saúde

Obs.: 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.

ANS - nº 41913-3

Portal da POSTAL SAÚDE: [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)  
Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116  
Central de Atendimento para  
Deficientes Auditivos: 0800 888 8117

UNIDADE ADMINISTRATIVA GESTORA: COSER/GEOPS	UNIDADE ADMINISTRATIVA ELABORADORA: COPEN/GEGOV		
FOP 070.02	VIGÊNCIA A PARTIR DE: 07/03/2017	DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 07/03/2017	DATA DA PUBLICAÇÃO: 07/03/2017