



**FICHA DE CONTROLE PARA  
REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS**

**NOME DO  
PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_

**NOME DO(A)  
ASSOCIADO(A):** \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE:** ( ) SIM ( ) NÃO

**NOME DA  
EMPRESA (\*):** \_\_\_\_\_ **SALÁRIO: \$** \_\_\_\_\_  
(\* associado-titular)

**MEDICAMENTO(S):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO(S)  
GENÉRICO(S):** ( ) SIM ( ) NÃO

**MEDICAÇÃO DE USO  
CRÔNICO:** ( ) SIM ( ) NÃO

**MEDICAÇÃO DE USO  
CONTÍNUO:** ( ) SIM **PREVISÃO:**  
\_\_\_\_\_

**ASSINATURA MÉDICO-RESPONSÁVEL  
CARIMBO(CRM):** \_\_\_\_\_

**(\*) ESTA FICHA TERÁ O ACOMPANHAMENTO DO MÉDICO COORDENADOR DO  
PROGRAMA DE REEMBOLSO DA COOPERATIVA.**