



REQUERIMENTO, TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ (nome completo do beneficiário Termo majoracao Farmacia e titular), associado Issem-Saúde, CPF n° _____, declaro para os devidos fins, que tenho ciência do limite de crédito de 3 (três) Unidades de Padrão Municipal (UPM) para despesas de farmácia e que todas as despesas realizadas através do cartão de identificação pessoal do Issem-Saúde, junto às farmácias conveniadas, somadas às despesas de coparticipação dos demais serviços oferecidos pelo Issem-Saúde, serão compulsória e integralmente descontadas de minha folha de pagamento para restituir o Issem-Saúde dos valores por ele suportados, visando seu equilíbrio financeiro e atuarial, nos termos do artigo 180 da Lei Complementar Municipal n° 217/2018 e artigo 40, parágrafo segundo do Decreto n° 12796/2019, que a regulamenta.

Declaro ainda que por motivo de tratamento de saúde de membro do grupo familiar, para que seja possível custeá-lo através do serviço de farmácia básica do Issem-Saúde, solicito que o limite de crédito seja alterado para R\$ _____, pelo período de ____/____/____ à ____/____/____.

Responsabilizo-me ainda pela quitação integral de todas as despesas decorrentes deste termo e ao seu devido acompanhamento por meio do Portal do Beneficiário, disponível no site do Issem, e no site da UTIL Card, não cabendo ao Issem quaisquer responsabilidades acerca de parcelamentos ou questionamentos sobre as compras realizadas.

Declaro ainda estar ciente de que este termo não exclui eventuais outros débitos que porventura possuo perante o Issem-Saúde e que estou sujeito às demais disposições do Regulamento FMASA (Decreto n° 12796/2019) e legislações em vigor.

Jaraguá do Sul, ____/____/____.

Assinatura do Associado
CPF n° _____

AUTORIZAÇÃO:

Autorizamos a majoração do limite disponível para despesas de farmácia: () SIM* () NÃO

* Em caso de divergência entre o solicitado e o autorizado, informar:

Limite mensal autorizado: R\$ _____.

Período autorizado: de ____/____/____ à ____/____/____.

Carimbo e assinatura do auditor:

Carimbo e assinatura do Supervisor:



Documentos necessários:

- Formulário preenchido e assinado;
- Receituário, laudos e/ou exames médicos que atestem a necessidade;
- Última folha de pagamento do beneficiário associado (titular);
- Documento oficial com foto do beneficiário associado (titular).