



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO

ANEXO III AO ATO REGULAMENTAR GP Nº 14/2014

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE NOTAS OU CUPONS FISCAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO: _____

MATRÍCULA Nº: _____

LOTAÇÃO: _____

NOTA FISCAL Nº	DATA DE EMISSÃO	NOME DO MEDICAMENTO (PRINCÍPIO ATIVO)*	MARCA COMERCIAL (SE HOVER)	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

*Nome do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo conforme a Denominação Comum Brasileira - DCB.

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA