ITAIPU BINACIONAL

FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

NOME DO BENEFICIÁRIO:

MATRÍCULA/DIGITO

						-		-		

ESTABELECIMENTO CONVENIADO:

FORNECIMENTO EFETIVADO

QUANT.	NOME DO MEDICAMENTO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL BRUTO	VALOR TOTAL LÍQUIDO	USO IB
TOTAL GERAL					

Recebi o(s) medicamento(s) acima descriminado(s) e autorizo o desconto correspondente, em folha de pagamento de salário e/ou complementação aposentadoria, caso aplicável, conforme normas da Itaipú Binacional.

☐ Foz do Iguaçu

☐ Curitiba

_____/_____/ 20_____

_____

Assinatura do Beneficiário ou Responsável