



BOTÃO COMPARTILHADO

Passo a Passo para Solicitação de
Reembolso do Benefício Farmácia -
Ex-empregado ou dependente


Introdução

Os beneficiários da AMS que não se encontram como empregados ativos na Petrobras ou subsidiárias (aposentados, empregados que aderiram ao PIDV, pensionistas, etc.) poderão utilizar o sistema Botão Compartilhado para registrar a sua solicitação e de seus dependentes de reembolso do benefício farmácia.

O sistema pode ser acessado a partir do seguinte endereço da internet¹:

<http://servicoscompartilhados.petrobras.com.br/>

Marque a opção “Ex-empregado ou dependente”.



¹ O endereço <http://servicoscompartilhados.petrobras.com.br/> só pode ser acessado através da internet, em computadores que não estejam na rede interna da Petrobras.

Para acesso dos empregados através da rede interna, deve ser utilizado o endereço <http://compartilhado.petrobras.com.br/>.

Cadastro de novo usuário

Quando um ex-empregado acessar o Botão Compartilhado pela primeira vez, deverá realizar o seu cadastro de usuário. Para isso, deve utilizar a opção que aparece no canto inferior direito da tela inicial: “Se você é ex-empregado da Petrobras ou dependente e ainda não se cadastrou no Botão Compartilhado, [clique aqui para realizar o seu cadastro!](#)”



Bem-vindo!

O Botão Compartilhado é o canal de solicitações de serviços do empregado ao Serviços Compartilhados.

Através da ferramenta na sua versão internet você pode enviar suas solicitações de serviços de pessoal através do seu tablet, smartphone ou computador pessoal, sem precisar estar nas instalações da Companhia.

Confira mais esta facilidade que desenvolvemos para você.

Informamos que neste primeiro momento na versão internet da ferramenta somente alguns serviços estarão disponíveis.

Em breve novos serviços serão acrescentados.

Realizar o login como:

Empregado Ativo

Ex-empregado ou Dependente

Número da Carteira AMS: (?)

Senha de Acesso:

Entrar

Você é ex-empregado ou dependente já cadastrado e esqueceu sua senha? [Clique aqui para solicitar uma nova senha!](#)

Se você é ex-empregado da Petrobras ou dependente e ainda não se cadastrou no Botão Compartilhado, [clique aqui para realizar o seu cadastro!](#)

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28

 **PETROBRAS**

Irá aparecer a tela abaixo:



BOTÃO COMPARTILHADO

Cadastro de novo usuário

Prezado ex-empregado ou dependente, informe os campos abaixo de acordo com os dados cadastrados junto à Petrobras:
Empregado ativo, você não poderá se cadastrar, pois você já possui acesso. Utilize sua Chave e Senha Extranet para entrar no Botão Compartilhado

Você é o titular ou dependente?

Eu sou o titular Eu sou dependente

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28

 **PETROBRAS**

Escolha a opção “Eu sou o titular”.

Os titulares deverão preencher os seguintes campos:



The screenshot shows a web form titled 'BOTÃO COMPARTILHADO' with a green header. The main heading is 'Cadastro de novo usuário'. Below the heading, there is a message: 'Prezado ex-empregado ou dependente, informe os campos abaixo de acordo com os dados cadastrados junto à Petrobras: Empregado ativo, você não poderá se cadastrar, pois você já possui acesso. Utilize sua Chave e Senha Extranet para entrar no Botão Compartilhado'. The form contains several fields: a radio button selection for 'Você é o titular ou dependente?' (with 'Eu sou o titular' selected), a text input for 'Informe o número da sua carteira AMS: (?)', a text input for 'Informe seu nome completo:', a text input for 'Informe o número do seu CPF:', a text input for 'Informe um e-mail para receber a senha de acesso ao Botão Compartilhado:', and a text input for 'Informe o telefone de contato:' with radio buttons for 'Celular' (selected) and 'Fixo'. At the bottom right, there are 'Cancelar' and 'Enviar' buttons. The footer includes the version 'v3.4.2 - 02/09/2016 14:28' and the Petrobras logo.

Informe o número da sua carteira AMS: informe o número completo da sua carteira AMS.

Informe o seu nome completo: nome que aparece na carteira AMS.

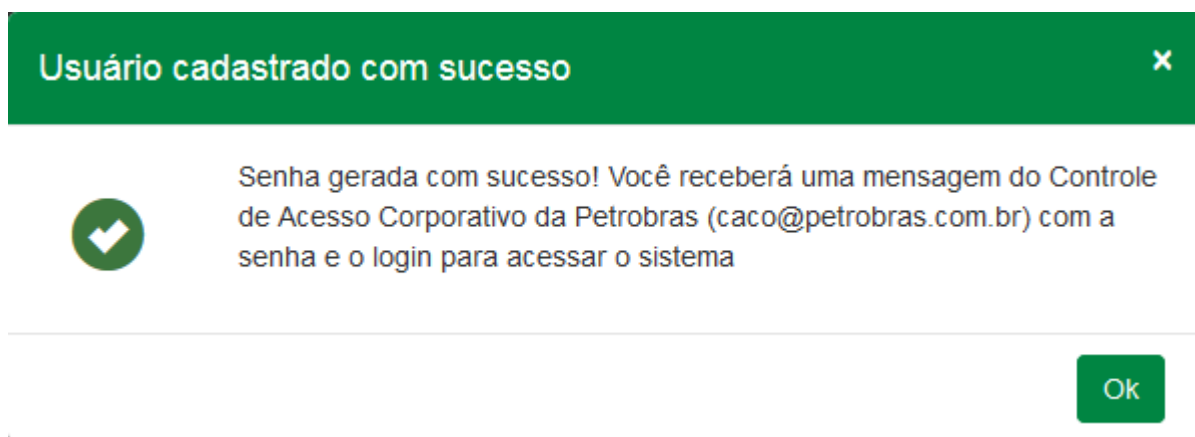
Informe o número do seu CPF: Informe o número do seu Cadastro de Pessoas Físicas da Receita Federal.

Informe um e-mail para receber a senha de acesso ao Botão Compartilhado: informe um endereço de e-mail que você tenha acesso. Posteriormente você precisará consultar as mensagens recebidas nesse endereço para saber a sua senha de acesso.

Informe o telefone de contato: telefone que poderá ser usado para contato se houver necessidade.

Após preencher todos os dados, clique no botão Enviar.

Aparecerá a mensagem abaixo:



Será enviado um e-mail para o endereço que você informou no seu cadastro.

Acesse o seu e-mail para obter a senha de acesso.

A mensagem que você irá receber tem o seguinte formato:

Senha inicial na Petrobras



De **caco@petrobras.com.br** 
Para **endereco@servidor.com.br** 
Data Hoje Dom. 11:08



CONTROLE DE ACESSO
CORPORATIVO



Senha inicial na Petrobras

Sua senha de acesso aos sistemas da Petrobras foi cadastrada:

Login: **019999999900**

Senha: **xx999999**

É recomendável que você altere sua senha no primeiro acesso.

Este e-mail foi enviado automaticamente. Não responda a esta mensagem.

Tecnologia da Informação e Telecomunicações.

Obs.: se a mensagem não estiver na caixa de entrada, verifique se ela está na caixa de Spam.

Em seguida você poderá acessar o Botão Compartilhado, utilizando como chave o número da Carteira AMS e a senha recebida por e-mail:

BOTÃO COMPARTILHADO

Bem-vindo!

O Botão Compartilhado é o canal de solicitações de serviços do empregado ao Serviços Compartilhados.

Através da ferramenta na sua versão internet você pode enviar suas solicitações de serviços de pessoal através do seu tablet, smartphone ou computador pessoal, sem precisar estar nas instalações da Companhia.

Confira mais esta facilidade que desenvolvemos para você.

Informamos que neste primeiro momento na versão internet da ferramenta somente alguns serviços estarão disponíveis.

Em breve novos serviços serão acrescentados.

Realizar o login como:

Empregado Ativo

Ex-empregado ou Dependente

Número da Carteira AMS: (?)

01.99999999.00

Senha de Acesso:

.....

Entrar

Você é ex-empregado ou dependente já cadastrado e esqueceu sua senha? [Clique aqui para solicitar uma nova senha!](#)

Se você é ex-empregado da Petrobras ou dependente e ainda não se cadastrou no Botão Compartilhado, [clique aqui para realizar o seu cadastro!](#)

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28

 **PETROBRAS**

Alteração de senha

Após acessar o Botão Compartilhado utilizando a senha recebida por e-mail, é recomendável que você altere a senha recebida.

Para isso, clique no ícone “Dados do Usuário” e na opção “Alterar senha”.



Ícone de Dados do Usuário

BOTÃO COMPARTILHADO

- Dados do Usuário
- Alterar dados cadastrais
- Alterar senha**
- Sair do Botão Compartilhado

Comunicados

Não há comunicados no momento

Minhas Solicitações

Exibir: Apenas Solicitações Solicitações, Contatos e Manifestações

Protocolo / Processo

Código	Protocolo	Serviço	Emissão	Status
A consulta não retornou dados.				

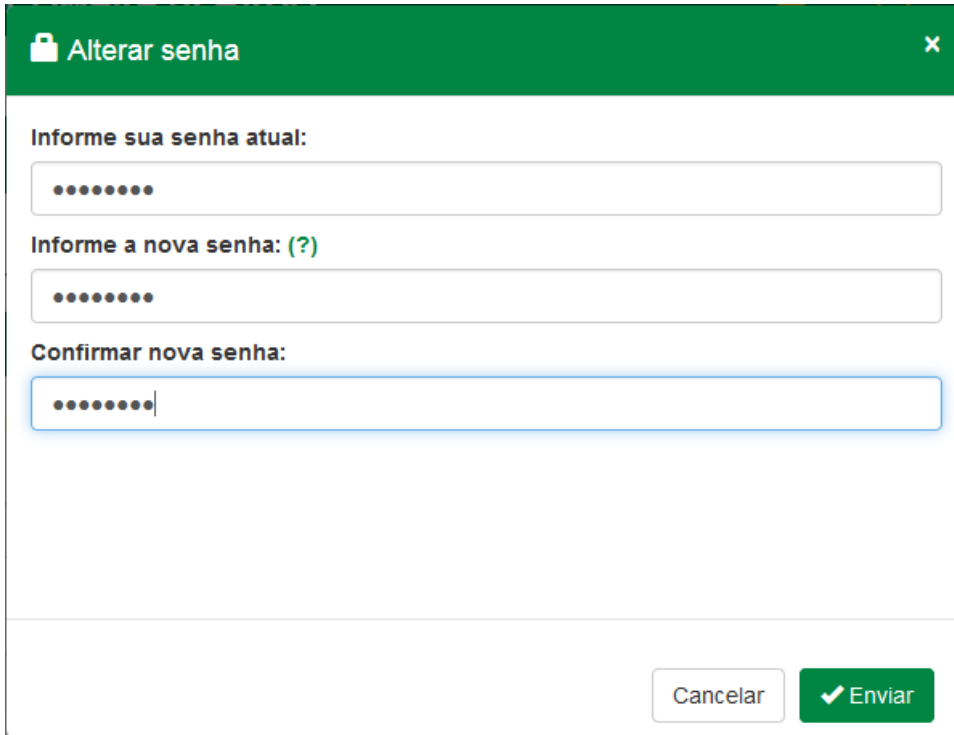
1 registro(s) em 1 página(s)

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28 **BR** PETROBRAS

homologaservicoscompartilhados.petrobras.com.br/Secure#

Será exibida a tela de alteração de senha.

Informe a sua senha atual (recebida por e-mail), a sua nova senha e confirme a nova senha.



A imagem mostra uma interface de usuário para alterar a senha. O título da janela é "Alterar senha" com um ícone de cadeado e um botão de fechar. Há três campos de entrada de texto, todos com caracteres ocultos por pontos. O primeiro campo é rotulado "Informe sua senha atual:". O segundo campo é rotulado "Informe a nova senha: (?)" e o terceiro "Confirmar nova senha:". Na base da janela, há dois botões: "Cancelar" e "Enviar" (com um ícone de seta verde).

A nova senha deve seguir o padrão de segurança. Deve ser diferente das últimas senhas e seguir as regras abaixo:

- 1) A senha deve possuir 08 caracteres alfanuméricos;
- 2) A senha deve começar por letra minúscula;
- 3) A senha deve conter pelo menos uma letra maiúscula;
- 4) A senha deve conter pelo menos um número;
- 5) Os 3 primeiros caracteres da senha não podem ser repetidos;
- 6) A senha não deve conter a chave do usuário;
- 7) A senha não poderá conter caracteres especiais;
- 8) A senha não deve conter o nome ou sobrenomes do usuário;
- 9) A senha não poderá ser igual as senhas dos exemplos;
- 10) A senha deverá ser diferente das 08 últimas.

Solicitar Reembolso

Para solicitar o reembolso do benefício farmácia, deverá ser aberta uma Solicitação de Serviço, clicando no ícone “Nova Solicitação”, localizado na barra de navegação (parte superior) do Botão Compartilhado:

 Ícone Nova solicitação



A captura de tela mostra a interface do sistema de compartilhamento de botões. No topo, há uma barra verde com o texto "BOTÃO COMPARTILHADO" e um ícone de seta para a direita. À direita da barra, há uma série de ícones: um ícone de documento (destacado por um retângulo tracejado vermelho), um ícone de lista, um ícone de megafone, um ícone de usuário e um ícone de interrogação. Abaixo da barra, há uma seção "Comunicados" com o texto "Não há comunicados no momento". Segue-se uma seção "Minhas Solicitações" com uma barra verde e o texto "Minhas Solicitações". Abaixo disso, há uma seção "Exibir:" com duas opções de radio buttons: "Apenas Solicitações" (selecionada) e "Solicitações, Contatos e Manifestações". Abaixo disso, há uma seção "Protocolo / Processo" com um campo de entrada e um botão "Buscar". Abaixo disso, há uma tabela com cabeçalhos "Código", "Protocolo", "Serviço", "Emissão" e "Status". O corpo da tabela contém a mensagem "A consulta não retornou dados.". Abaixo da tabela, há um botão "Filtros" e o texto "1 registro(s) em 1 página(s)". No rodapé, há o texto "v3.4.2 - 02/09/2016 14:28" e o logo "BR PETROBRAS".

Será aberta a tela de Nova solicitação. Siga os passos a seguir para enviar a solicitação:

1 - Dados do Solicitante

A tela irá exibir seus dados.

Informe abaixo a sua localidade - Estado (UF) ou Cidade: você deverá informar a localidade (cidade e estado) em que mora. Ao preencher as primeiras letras do nome da cidade ou estado, o sistema apresentará a lista de localidades que contêm o texto digitado.

A imagem mostra a interface de usuário para a solicitação de reembolso. No topo, há uma barra verde com o texto "BOTÃO COMPARTILHADO" e ícones de documento, lista, megafone, usuário e ajuda. Abaixo, há uma progressão de passos com o número 1 destacado em verde. O formulário principal, intitulado "Dados do Solicitante", contém os seguintes campos:

- Número carteira AMS/Nome:** Campo com o texto "01.99999999.00 - NOME DO BENEFICIÁRIO".
- Informe abaixo os dados para contato:** Campo com o texto "endereco@servidor.com.br".
- Informe abaixo a sua localidade - Estado (UF) ou Cidade:** Campo com o texto "RIO DE JANEIRO - RJ - (EXTERNO)".
- Uma opção de checkbox: "Utilizar essa localidade nas próximas solicitações." (desmarcada).

Na base do formulário, há botões "Voltar", "Próximo »" e "Enviar Solicitação". No rodapé, há o texto "v3.4.2 - 02/09/2016 14:28" e o logo "BR PETROBRAS".

Quando terminar clique no botão "Próximo".

2 - Dados do Serviço

Digite uma parte do nome do serviço que você deseja. Por exemplo, *benefício*. Aparece uma lista, onde você deve escolher o serviço BENEFÍCIO FARMÁCIA.



BOTÃO COMPARTILHADO

1 2 3 4 ✓

« Voltar « Anterior Próximo » Enviar Solicitação

Dados do Serviço

Informe o serviço desejado abaixo:

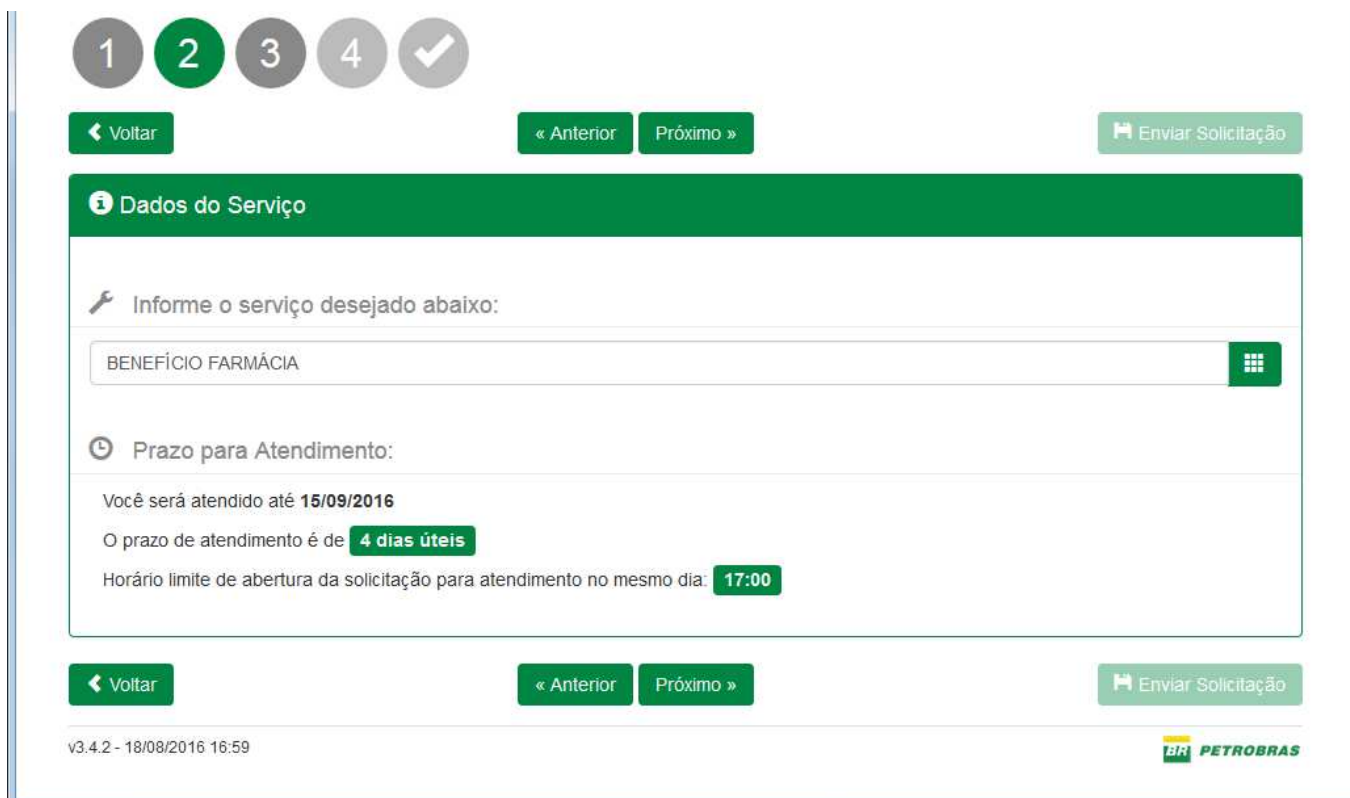
benefício FARMÁCIA

BENEFÍCIO FARMÁCIA

« Voltar « Anterior Próximo » Enviar Solicitação

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28  **PETROBRAS**

O sistema irá apresentar o Prazo para Atendimento da solicitação.



The screenshot displays a web interface for a service request. At the top, there are five circular progress indicators numbered 1 to 5, with indicator 2 highlighted in green. Below the indicators are navigation buttons: a green 'Voltar' button with a left arrow, a green '« Anterior' button, a green 'Próximo »' button, and a grey 'Enviar Solicitação' button with a right arrow. The main content area is titled 'Dados do Serviço' in a green header. Below the header, there is a section 'Informe o serviço desejado abaixo:' with a text input field containing 'BENEFÍCIO FARMÁCIA' and a small grid icon on the right. Below this is a section 'Prazo para Atendimento:' which states 'Você será atendido até 15/09/2016', 'O prazo de atendimento é de 4 dias úteis', and 'Horário limite de abertura da solicitação para atendimento no mesmo dia: 17:00'. At the bottom of the form, there are the same navigation buttons as at the top. The footer of the page shows 'v3.4.2 - 18/08/2016 16:59' on the left and the 'BR PETROBRAS' logo on the right.

Em seguida clique no botão “Próximo”.

3 - Questionário do Serviço

Nesta parte do formulário, aparecem as perguntas referentes ao pedido de reembolso:

Questionário do Serviço

Termo de ciência:
Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta solicitação e tenho ciência de que declarar informações e/ou encaminhar cópia eletrônica inverídicas constitui falta disciplinar. O reembolso depende da precisão dos documentos e da data de processamento do benefício.

Li e estou de acordo

Informe o cartão do Beneficiário
Favor inserir o número do cartão AMS com 12 dígitos:

Informe o nome do Beneficiário da Receita

Tipo do Profissional

Médico Dentista

CRM/CRO da Receita

Informe a data da receita

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta solicitação e tenho ciência de que declarar informações e/ou encaminhar cópia eletrônica inverídicas constitui falta disciplinar. O reembolso depende da precisão dos documentos e da data de processamento do benefício - para esta pergunta é necessário marcar a opção “Li e estou de acordo”.

Preencha os dados relativos ao beneficiário e à receita médica:

Informe o cartão do Beneficiário - número do cartão AMS do beneficiário.

Informe o nome do Beneficiário da Receita - preencha o nome do beneficiário, que deve ser o mesmo presente na receita médica.

Tipo do Profissional - selecione o tipo de profissional que emitiu a receita médica: Médico ou Dentista.

CRM/CRO da Receita - digite *apenas o número* da inscrição no CRM ou no CRO do profissional que emitiu a receita médica.

Informe a data da receita - preencha a data que consta da receita médica.

As próximas perguntas são referentes aos medicamentos:

Informe a data da compra	
<input type="text"/>	
Informe o número do cupom fiscal	
<input type="text"/>	
Informe o CNPJ do estabelecimento onde foi realizada a compra do medicamento	
<input type="text"/>	
Informe o nome da farmácia onde foi realizada a compra do medicamento	
<input type="text"/>	
Selecione a cidade onde foi comprado o medicamento	
Estado:	Cidade:
<input type="text" value="Selecione ..."/>	<input type="text" value="Selecione o estado"/>
Informe o nome do medicamento	
<input type="text"/>	
Informe a quantidade adquirida do medicamento selecionado acima	
<input type="text"/>	
Informe o valor de compra unitário deste medicamento	
<input type="text"/>	
Informe o valor do desconto unitário deste medicamento	
<input type="text"/>	
Informe o valor total a ser reembolsado deste medicamento	
<small>O valor a ser informado deve ser a diferença entre o valor da compra e do desconto, se houver, multiplicado pela quantidade adquirida.</small>	
<input type="text"/>	
Este medicamento é de uso contínuo?	
<small>A indicação de uso contínuo deve estar registrada na receita.</small>	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Deseja inserir novo medicamento para esta mesma receita?	
<small>Caso o medicamento conste em outra receita você deve criar nova solicitação.</small>	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

◀ Voltar

◀ Anterior

Próximo ▶

Enviar Solicitação

v3.4.2 - 02/09/2016 14:28

BR PETROBRAS

Informe a data da compra - deve ser a mesma data que consta do cupom fiscal emitido pelo estabelecimento em que o medicamento foi comprado.

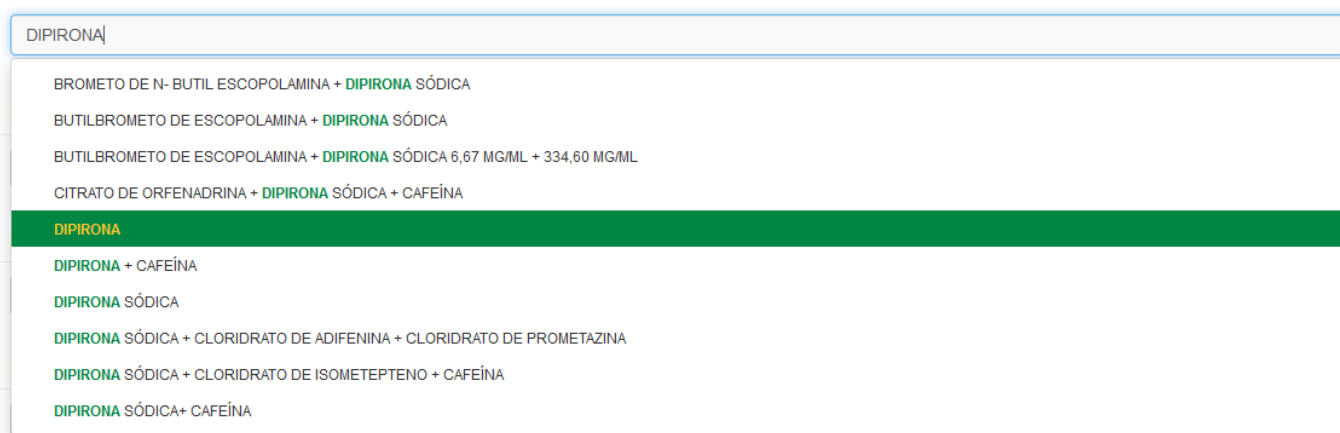
Informe o número do cupom fiscal - informe o número que consta do cupom fiscal.

Informe o CNPJ do estabelecimento onde foi realizada a compra do medicamento - deve ser o CNPJ que consta do cupom fiscal.

Informe o nome da farmácia onde foi realizada a compra do medicamento - nome que consta do cupom fiscal.

Selecione a cidade onde foi comprado o medicamento - selecione o estado e a cidade onde foi realizada a compra.

Informe o nome do medicamento - não é necessário digitar o nome completo. Basta digitar as primeiras letras do nome do medicamento e o sistema exibirá uma lista com os medicamentos cujo nome possui o texto digitado.



DIPIRONA|

- BROMETO DE N- BUTIL ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA
- BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA
- BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA 6,67 MG/ML + 334,60 MG/ML
- CITRATO DE ORFENADRINA + DIPIRONA SÓDICA + CAFÉINA
- DIPIRONA**
- DIPIRONA + CAFÉINA
- DIPIRONA SÓDICA
- DIPIRONA SÓDICA + CLORIDRATO DE ADIFENINA + CLORIDRATO DE PROMETAZINA
- DIPIRONA SÓDICA + CLORIDRATO DE ISOMETEPTENO + CAFÉINA
- DIPIRONA SÓDICA+ CAFÉINA

Informe a quantidade adquirida do medicamento selecionado acima - informe o número de unidades do medicamento que foram adquiridas.

Informe o valor de compra unitário deste medicamento - informe o valor de compra de cada unidade.

Informe o valor do desconto unitário deste medicamento - se houve desconto na compra, informe o valor do desconto por unidade do medicamento.

Informe o valor total a ser reembolsado deste medicamento - deve ser a diferença entre o valor de compra unitário e o valor do desconto unitário, multiplicada pela quantidade adquirida do medicamento.

Este medicamento é de uso contínuo - se o medicamento foi receitado pelo profissional para uso contínuo, marque a opção Sim. A informação de uso contínuo deve estar registrada na receita médica.

Deseja inserir novo medicamento para esta mesma receita? - se houver outros medicamentos na mesma receita, para os quais deseja solicitar reembolso, marque a opção Sim. Neste caso, o sistema irá exibir os campos para preenchimento dos dados dos demais medicamentos. Caso contrário, marque a opção Não.

Os campos informados para o primeiro medicamento irão se repetir para os demais medicamentos.

Em seguida clique no botão “Próximo”.

4 - Anexos e Observações

Descreva seus comentários e observações - não é necessário preencher este campo.

Anexe os arquivos necessários a sua solicitação - será necessário enviar em anexo os arquivos digitalizados contendo a receita médica, os cupons fiscais, laudos e demais documentos exigidos para o reembolso.

1 2 3 4 ✓

« Voltar « Anterior Próximo » Enviar Solicitação

Anexos e Observações

Descreva seus comentários e observações:

Anexe os arquivos necessários a sua solicitação:

- Cupom Fiscal.bmp 100%
- Laudo Médico.bmp 100%
- Receita Medica.bmp 100%

Anexar...

« Voltar « Anterior Próximo » Enviar Solicitação

Após incluir todos os anexos, clique no botão “Próximo”.

Conferência dos dados da solicitação

Nesta tela você poderá conferir todas as informações da solicitação. Caso precise corrigir alguma informação, clique no botão “Voltar”. Poderá também clicar em um número na parte superior da tela para voltar.

Confirme os dados da sua Solicitação

Dados do Solicitante

Número carteira AMS/Nome: 01.99999999.00 - NOME DO BENEFICIÁRIO

Contato: al.barbosa@globomail.com - 21994593740

Localidade: RIO DE JANEIRO - RJ - (EXTERNO)

Dados do Serviço

Nome do Serviço: BENEFÍCIO FARMÁCIA

Dados de Prazo

Prazo: Até 3 dias úteis

Atendimento: Você será atendido até 14/09/2016

Questionário

Termo de ciência: Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta solicitação e tenho ciência de que declarar informações e/ou encaminhar cópia eletrônica inverídicas constitui falta disciplinar. O reembolso depende da precisão dos documentos e da data de processamento do benefício. Li e estou de acordo

Informe o cartão do Beneficiário
019999999900

Informe o nome do Beneficiário da Receita
NOME DO USUARIO

Tipo do Profissional
Médico

CRM/CRO da Receita
999999

Informe a data da receita
01/09/2016

Informe a data da compra
01/09/2016

Informe o número do cupom fiscal
9999999

Informe o CNPJ do estabelecimento onde foi realizada a compra do medicamento
33.000.167/0001-01

Informe o nome da farmácia onde foi realizada a compra do medicamento
DROGARIA BOA OFERTA

Selecione a cidade onde foi comprado o medicamento
RIO DE JANEIRO/RJ

Informe o nome do medicamento
DIPIRONA

Informe a quantidade adquirida do medicamento selecionado acima
1

Informe o valor de compra unitário deste medicamento
10,00

Informe o valor do desconto unitário deste medicamento
0,00

Informe o valor total a ser reembolsado deste medicamento
10,00

Este medicamento é de uso contínuo?
Não

Deseja inserir novo medicamento para esta mesma receita?
Não

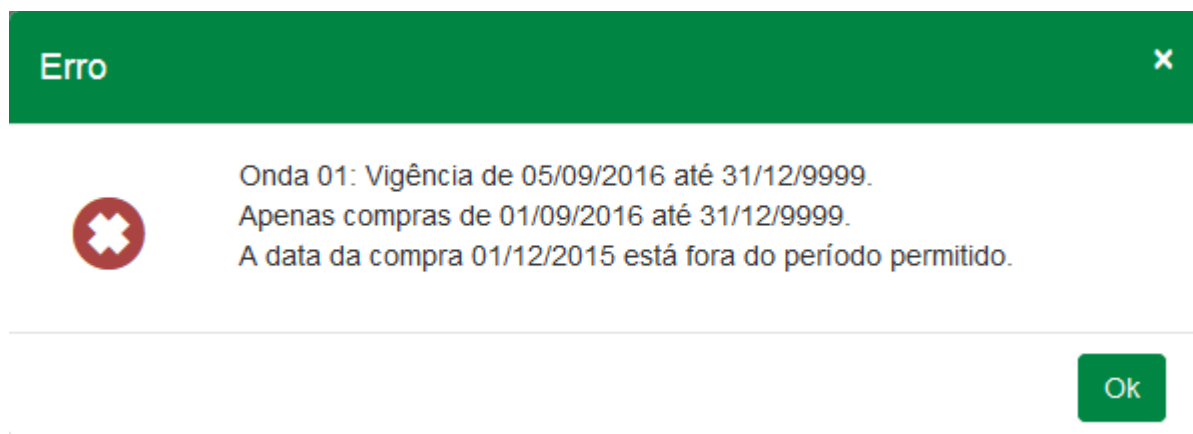
Anexos

Nome dos Arquivos: Tulips.jpg

[Voltar](#) [Anterior](#) [Enviar Solicitação](#)

Finalizando a Solicitação

Após conferir as informações, clique no botão “Enviar Solicitação”. O sistema irá checar se as informações da solicitação estão seguindo algumas regras. Caso alguma validação não se enquadre em algumas dessas regras, será emitida uma mensagem. Por exemplo, pode aparecer a mensagem abaixo:



Este tipo de mensagem indica que a data da compra está fora do período fixado pelo RH para solicitação de reembolso. Verifique os períodos divulgados pelo RH para solicitação de reembolso.


Se estiver tudo correto, a solicitação será enviada e você deverá aguardar o atendimento.

A sua solicitação será analisada por uma equipe especializada, que irá conferir as informações e os documentos anexados. Se todas as informações e anexos estiverem de acordo com as regras do processo de benefício farmácia, o status da solicitação será alterado para *Concluída* e você receberá uma notificação por e-mail. Caso contrário, a solicitação poderá ser devolvida para que você ajuste as informações ou acrescente algum arquivo anexo.

A seguir descrevemos como poderá ser feito o acompanhamento do atendimento.


Acompanhar o Atendimento das Solicitações

Na tela inicial do sistema, clicando no ícone “Minhas Solicitações”, você terá acesso a todas as solicitações de serviço abertas por você.




 Ícone Minhas solicitações

Caso queira visualizar maiores informações da solicitação, ou caso queira tomar alguma ação em relação à solicitação, clique sobre o ícone da pasta, na linha da solicitação desejada:

 Ícone da pasta - clique para abrir a solicitação.



A captura de tela mostra a interface do sistema. No topo, há uma barra verde com o texto "BOTÃO COMPARTILHADO" e ícones para arquivos, lista, notificação, perfil e ajuda. Abaixo, há uma seção "Comunicados" com o texto "Não há comunicados no momento". Segue a seção "Minhas Solicitações" com opções de exibição: "Apenas Solicitações" (selecionada) e "Solicitações, Contatos e Manifestações". Há um campo de busca "Protocolo / Processo" e um botão "Buscar". Abaixo, uma tabela com uma única linha de dados:

	Código	Protocolo	Serviço	Emissão	Status	
	1688975	4100006892	BENEFÍCIO FARMÁCIA	05/09/2016	Em Análise	 

Na base da tabela, há um botão "Filtros" e o texto "1 registro(s) em 1 página(s)". No rodapé, há a versão "v3.4.2 - 02/09/2016 14:28" e o logo "BR PETROBRAS".

Você poderá ver os dados da solicitação e o histórico:

The screenshot displays a web interface for 'Botão Compartilhado'. At the top, there is a green header with a yellow arrow icon and the text 'BOTÃO COMPARTILHADO'. Below the header, there are navigation buttons: 'Voltar', 'Ações', 'Comentário', and 'Imprimir'. The main content area shows the protocol number '4100006892' and the current status 'Em Análise'. A 'Histórico' section contains a table with one entry. Below this, the 'Dados do Solicitante' section lists personal information, and the 'Dados do Serviço' section lists service-related details.

Protocolo: 4100006892

Status atual: **Em Análise**

Histórico

Data do Registro	Responsável	Status	Descrição
11/09/2016 15:17	01.00097339.00	Em Análise	Solicitação reenviada pelo solicitante

Dados do Solicitante

Número carteira AMS/Nome: 01.99999999.00 - NOME DO BENEFICIARIO

Contato: endereco@servidor.com.br

Localidade: RIO DE JANEIRO - RJ - (EXTERNO)

Dados do Serviço

Protocolo: 4100006892

Código da solicitação: 1688975

Atendimento e devolução da Solicitação de Reembolso

Quando a equipe de atendimento verificar que as informações ou anexos da solicitação não estão de acordo com as regras do processo de benefício farmácia, poderão devolvê-la.

Você será informado através de e-mail sobre a devolução. Ao abrir a solicitação, poderá alterar alguns campos como os dados obrigatórios do serviço, observações e comentários, acrescentar ou retirar anexos. Haverá um prazo para reenvio da solicitação.

Verifique os campos que precisam ser alterados ou incluídos e os arquivos que precisam ser anexados. Após realizar todas as alterações necessárias, clique no botão “Reenviar Solicitação”.

Histórico

Data do Registro	Responsável	Status	Descrição
11/09/2016 12:32	Atendimento	Devolvida Pela Mesa	Favor encaminhar receita médica.
05/09/2016 14:50	01.00097339.00	Nova Solicitação	

Dados do Solicitante

Número carteira AMS/Nome:
01.99999999.00 - NOME DO BENEFICIÁRIO

Informe abaixo os dados para contato:

Informe abaixo a sua localidade - Estado (UF) ou Cidade: