

**Vita-Meds.com - Medicamentos Importados**  
**Remedex Medical LLC e Expomed Medical Co., Inc de Miami, FL U.S.A.**  
**Formulario de Compra e Autorização de Debito em Cartão de Credito**

Favor imprimir esse formulario, completar todas as lacunas, assinar no local da assinatura e enviar via Fax para: 00-xx-1-305-266-8200 (USA) ou para o Fax: 11-3544-4591 (Fax Virtual em São Paulo) ) ou Fax: 0800-892-1104 (Toll Free). Favor incluir tambem na transmissão do fax, uma foto-copia da receita medica, frente e verso do Cartão de Credito, do CPF e do RG. **IMPORTANTE: Antes do comprador/paciente começar a pre-encher esse formulario de pedido, favor enviar um email para [mail@remedexmedical.com](mailto:mail@remedexmedical.com) solicitando os preços dos produtos, custo do frete e a taxa de serviço. Os preços dos produtos, custo de frete e a taxa de serviço estão todos expressos em dolares americanos (USD).**

**Venho por meio deste documento solicitar a compra dos seguintes produtos aos preços abaixo discriminados:**

| Descrição do Produto | Qtde | Preço em US\$ | SubTotal |
|----------------------|------|---------------|----------|
|                      |      |               |          |
|                      |      |               |          |

**Sub Total Produtos :**

**Custo de Frete :**

**Taxa de Serviço :**

**Total Geral do Pedido :**

**Autorizo que o valor acima (Total Geral do Pedido) seja debitado do meu cartão de credito conforme abaixo:**

|   |   |                         |  |
|---|---|-------------------------|--|
| <b>Nome do Portador do Cartão de Credito:</b>   |   |                         |  |
| <b>Endereço para onde o seu Banco envia a fatura do Cartão de Credito: (Rua, No., Apto., Bairro, Cidade, Estado, CEP)</b> |   |                         |  |
| <b>Total a ser debitado do Cartão em US\$:</b>  |   | <b>Tipo de Cartão:</b>  |  |
| <b>No. do Cartão de Credito:</b>  |   | <b>Validade Cartão:</b> |  |
| <b>Codigo de Segurança do Cartão:</b>   | (VISA/MC/DINERS) 3 digitos atrás do cartão (AMEX) 4 digitos na frente do cartão |                         |  |
| <b>Endereço de Email:</b>   |   |                         |  |
| <b>Telefone:</b>  |   | <b>Numero do Fax:</b>   |  |

**Solicito que esse pedido me seja despachado ao seguinte endereço no Brasil:**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Nome do Paciente:</b>                       |  | <b>Forma de Despacho Escolhida</b><br><input type="checkbox"/> EMS (SEDEX) (Correios - USA)<br><input type="checkbox"/> PRIORITY MAIL (Correios - Europa)<br><input type="checkbox"/> FEDERAL EXPRESS (USA e Europa)<br><input type="checkbox"/> DHL (USA e Europa)<br><input type="checkbox"/> LUFTHANSA ou SWISS Carga (Europa)<br><input type="checkbox"/> TAM Carga (USA) |
| <b>Endereço Completo, Cidade, Estado, CEP:</b> |  |   |
| <b>Telefone:</b>                               |  |   |
| <b>Numero do Fax:</b>                          |  |   |
| <b>Endereço de Email:</b>                      |  |   |

**RESPONSABILIDADE**

E' de responsabilidade do cliente acompanhar a chegada do seu pedido no Brasil perante a empresa de transporte (Correios – EMS (SEDEX) e Priority Mail, Federal Express, DHL, Lufthansa, Swiss ou TAM). Caso o pedido seja retido para averiguação na Alfândega ou Anvisa, e' de responsabilidade do cliente apresentar a documentação pedida pela Alfândega e/ou pela Anvisa. E' de responsabilidade do cliente pagar quaisquer impostos e taxas que sejam cobradas pela Alfândega do Brasil. Sugerimos que antes de confirmar o pedido do medicamento, o cliente deve entrar em contato com a empresa de transporte, com a Alfândega e Anvisa para averiguar quais são os documentos que serão necessarios para que o medicamento seja importado e liberado de acordo com a legislação de vigilância sanitária da Anvisa e conforme as regras da Alfândega. Informamos que em geral a importação de medicamentos para o Brasil é permitida e pode ser feita se em carater pessoal e em quantidades que sejam compatíveis com o uso pessoal de um paciente por um periodo de 3 a 6 meses. A importação de medicamentos não é autorizada para revenda a terceiros. O importador deverá ter como apresentar, se solicitado pela Anvisa ou Alfândega, uma receita médica original recente e uma declaração do médico informando que o medicamento sendo importado é urgente, inexistente nas farmácias locais e imprescindível para o seu tratamento de saúde. A declaração do médico deve também informar que o medicamento sendo importado não causa dependência física nem psíquica.

**DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Não podemos aceitar devoluções de medicamentos ja' despachados.

**CANCELAMENTO DE PEDIDOS**

Com raras exceções, não podemos aceitar cancelamentos de pedidos depois que o pedido é confirmado. Caso queira cancelar um pedido já confirmado mas ainda não despachado, favor enviar um email ou fax explicativo para tal finalidade. Nos reservamos o direito de aceitar ou não o cancelamento do pedido.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações contidas nesse formulário foram lidas, compreendidas e estão corretas e que eu autorizo a empresa Remedex Medical LLC de Miami Florida a comprar e me enviar os medicamentos acima de acôrdo com as leis da Anvisa e Alfândega do Brasil.

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Nome do portador do Cartão de Credito:</b> | <b>Local:</b> |
| <b>Assinatura:</b>                            | <b>Data:</b>  |