

# Remedex Medical LLC

8101 Biscayne Blvd. # 702 - Miami, FL - 33138 - USA

Tel. 1-305-264 1800

mail@remedex.com

Fax: 1-305-675 2327

www.remedex.com



## PEDIDO DE COMPRA

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente), solicito a empresa

Remedex Medical LLC a compra e o despacho ao Brasil do seguinte medicamento:

Quantidade	Descricao	Laboratorio	Preco Unitario	SUBTOTAL (USD)
(+)	Taxa de servico de USD \$50.00 (aplicavel para pedidos de menos que USD \$500.00)			_____
(+)	Taxa bancaria de USD \$20.00 (para pagamento atraves de Transferencia Bancaria)			_____
O frete sera por Correio Expresso (EUA) ou Correio Prioritario (Suica), Federal Express (Courier) ou Carga Aerea (favor sublinhar a sua opcao), ao custo de USD:				_____
Endereco completo para o despacho:			VALOR TOTAL (USD):	_____

\_\_\_\_\_  
(Rua, Avenida, Praca, etc., Numero, Apto., Cidade, Estado, CEP e Pais)

### DECLARACAO:

Declaro que as informacoes contidas neste formulario sao verdadeiras e estou ciente que esta importacao sera feita de acordo com as normas e resolucoes da ANVISA e da RECEITA FEDERAL e as leis do Brasil.

Tambem declaro-me responsavel pelo monitoramento do despacho atraves dos sites: [www.correios.com.br](http://www.correios.com.br), [www.fedex.com.br](http://www.fedex.com.br) ou de um despachante aduaneiro, apresentando todos os documentos solicitados pelas autoridades alfandegarias na chegada ao Brasil, se necessario.

Afirmo que, de acordo com o meu medico, este medicamento e urgente, nao se encontra disponivel no Brasil, nao causa dependencia fisica ou psiquica e destina-se exclusivamente ao meu uso pessoal.

Autorizo a empresa Remedex Medical LLC, a debitar o valor total acima em Dolares Americanos (USD) no meu cartao de credito, cujas informacoes sao:

\_\_\_\_\_  
VISA, MASTER CARD OU AMERICAN EXPRESS, Nome do Titular, Numero, Data de Validade e Codigo de Seguranca, cujo endereco de cobranca e:

\_\_\_\_\_  
(Rua, Av., Praca, etc., Numero, Apto., Cidade, Estado, CEP e Pais)

Ou, farei uma transferencia bancaria internacional atraves do Banco: \_\_\_\_\_, como forma de pagamento e enviarei um comprovante ao fax ou e-mail mencionados acima.

Como parte integrante do pedido, estou enviando ao fax ou e-mail acima, uma copia frente e verso do Cartao de Credito, do RG, do CPF e da Receita Medica.

### NOTA IMPORTANTE:

As leis de saude dos Estados Unidos e da Europa nao permitem a devolucao de medicamentos ao laboratorio, portanto, nao e possivel o cancelamento do pedido depois de confirmado.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
TELEFONE DE CONTATO

\_\_\_\_\_  
E-MAIL