



**PEDIDO DE REEMBOLSO  
VACINA GRIPE 2021**

PROTOCOLO

**IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE - (Associado Titular)**

NOME

ENDEREÇO

Nº

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

NOME DO BANCO

CÓDIGO DO BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

Beneficiários vacinados	Grau parentesco	Data Vacina

**Dados da Nota Fiscal**

Estabelecimento	CNPJ	Data Expedição	Nº Nota Fiscal	VALOR

**DECLARAÇÃO PARA REEMBOLSO**

Declaro que fui cientificado e orientado, quanto ao auxílio ora solicitado (campanha de vacinação contra gripe 2021-Reembolso), desde já sabendo que ele será pago obedecendo aos prazos e limitado aos valores da Tabela APAS, de acordo com as normas internas e análise da documentação apresentada, na conta acima descrita.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável

**DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO**

Nota Fiscal original, contendo CNPJ do Hospital ou Clínica, a data e beneficiários da vacinação;

Outros \_\_\_\_\_