PEDIDO DE REEMBOLSO
VACINA GRIPE 2024

PROTOCOLO

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE - (Associado Titular)

NOME

ENDEREÇO	Nº	BAIRRO

CIDADE	UF	CEP	TELEFONE

NOME DO BANCO	CÓDIGO DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE

Beneficiarios 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 2023-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 Clinica, a data e beneficiários da vacinação;

☐ Outros _____