# PEDIDO DE REEMBOLSO
# VACINA GRIPE 2025

**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 2025-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 _____