



**PEDIDO DE REEMBOLSO
VACINA GRIPE 2026**

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 2026-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 _____