

ANEXO ÚNICO
(Ato n. 193/2021/PGJ)

SENHOR(A) GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nome:	Matrícula:
Cargo:	
Lotação:	

Venho, por intermédio deste, requerer:

Reembolso, referente à imunização contra Gripe Influenza, regulado pelo Ato n. 193/2021/PGJ, cujo valor máximo é de R\$ 120,00 (cento e vinte reais).

Valor solicitado: R\$ _____.

Comprovantes anexos:

- 1) Cupom Fiscal ou Nota Fiscal da Clínica com meus dados e do emissor¹.
- 2) Cópia do cartão de vacinação, frente e verso.
- 3) Imunização realizada fora do Estado de Santa Catarina? () Sim ou () Não.
Se sim: Cópia do Alvará expedido pela Vigilância Epidemiológica local.

Nestes termos, aguardo deferimento.

Data:	Assinatura:
-------	-------------

Campo destinado à GESAU:

Diligências:

Cumprida em:

_____ Servidor Informante	_____ Gerente de Atenção à Saúde
------------------------------	-------------------------------------

Campo destinado à GEREM:

Valor reembolsado:

R\$ _____, _____ (_____)

Data e assinatura:

¹ Juntar Cupom, Nota Fiscal ou Nota Fiscal Eletrônica.