

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO

**PROGRAMA IMUNIZA MAIS**

**REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE VACINAS**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE** |
| **NOME:** | **DATA DE INGRESSO NO TRFMED:** |
| **IDADE NA DATA DA VACINAÇÃO:** | **MATRÍCULA TRFMED:** |
| **ÓRGÃO:**( )TRF5 ( ) SJPE ( ) SJPB ( ) SJCE ( ) SJRN ( ) SJSE ( ) SJAL | **VÍNCULO COM O TRIBUNAL:**( ) Desembargador(a) ( ) Magistrado(a)( ) Servidor(a) Ativo ( ) Servidor(a) Aposentado(a)( ) Requisitado(a)/Removido(a)( ) Cargo Comissionado |

|  |
| --- |
| **VACINA** |
| ( ) Influenza Tetravalente( ) Herpes-zoster vírus vivo atenuado( ) Herpes-zoster vírus inativo( ) Pneumocóccica conjugada 13-valente (VCP13)( ) Pneumocóccica 23-valente (VPP23) |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO** |
| Ao TRFMED,O(A) beneficiário(a) acima identificado(a) vem requerer o reembolso da despesa realizada com a vacina acima assinalada. Para tanto, anexa cartão de vacinação e nota fiscal conforme art. 7º do Regulamento do Programa Imuniza Mais. |