



## CAIXA DE BENEFICÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DA EMATER

### REGISTRO DE REEMBOLSO DE VACINAS

#### IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

MATRÍCULA Nº:	NOME:		
BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:	
LOTAÇÃO:	UNIDADE REGIONAL:	DATA EMISSÃO:	
CPF:	TELEFONE PARA CONTATO:	EMAIL:	

#### IDENTIFICAÇÃO DA COMPROVAÇÃO

NOME PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA	NOME DO TITULAR/DEPENDENTE QUE RECEBEU A VACINA	GRAU DEP.	DISCRIMINAÇÃO DA VACINA	DATA DO RECIBO	VALOR DO RECIBO

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE INCORRER EM CRIME PREVISTO NA LEI. RESPONSABILIZO-ME PELA GUARDA DOS DOCUMENTOS QUE DERAM ORIGEM A ESTE REEMBOLSO POR UM PERÍODO DE CINCO ANOS E COMPROMETO-ME A APRESENTÁ-LO QUANDO SOLICITADO POR QUEM DE DIREITO.

.....  
ASSINATURA DO ASSOCIADO

#### USO EXCLUSIVO DA CAFEFE

DATA ENTRADA CAFEFE	PROCESSADO POR:	DIRETOR SOCIAL	DIRETOR PRESIDENTE
---------------------	-----------------	----------------	--------------------