

**FORMULÁRIO DE REEMBOLSO TESTE COVID-19**

Nome:

Cargo:

Centro de Custos:

Nº Matr.:

Data Exame:

Hora Exame:

Fornecedor:

CNPJ:

**Descrição geral e Justificativa para a Despesa:**

Realização de teste rápido para Covid-19, conforme autorizado pelo Comitê de Trabalho Covid-19 (e-mail anexo).

**DISCRIMINAÇÃO DAS DESPESAS\***

| Data | Descrição                    | Valor |
|------|------------------------------|-------|
|      | <b>Teste Rápido Covid-19</b> |       |

\* Se a NF fiscal for acima de R\$ 150,00, preencher no valor de R\$ 150,00.

Vínculo Trabalho: **SCGAS**

\_\_\_\_\_/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.

-----  
Assinatura Empregado-----  
Aprovação do Diretor/Gerente