



## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PESSOA FÍSICA

Solicito o reembolso de acordo com a Instrução Normativa CREMESP nº. 001 de 31 de janeiro de 2017, publicado no Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, São Paulo, SP, de 15 fev. 2017. Seção I, p. 271-272.

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tel. Contato: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### DADOS BANCÁRIOS DO MÉDICO:

Banco: \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

C/C: \_\_\_\_\_

### OBJETO DA SOLICITAÇÃO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuidade Ano _____                         | <input type="checkbox"/> Taxa de Registro Área de Atuação Ano _____     |
| <input type="checkbox"/> Multa Eleitoral Ano _____                  | <input type="checkbox"/> Taxa de Cédula de Identidade Digital Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Inscrição Ano _____                | <input type="checkbox"/> Taxa de Carteira Profissional Médico Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Registro de Especialista Ano _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____                                  |

### PELO MOTIVO DE PAGAMENTO

- Duplicidade                       A Maior                       Indevido

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- O médico solicitante deve ser o TITULAR DA CONTA BANCÁRIA;
- Anexar Cópia do(s) Comprovante(s) de Pagamento. (NÃO SERÃO ACEITOS COMPROVANTE DE AGENDAMENTO E EXTRATO BANCÁRIO);
- O requerimento assinado e a cópia(s) do(s) comprovante(s) de pagamento devem estar legíveis.

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico