



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



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