



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PESSOA JURÍDICA

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.

Razão Social: _____

CRM da Empresa: _____ CNPJ: _____

Tel. Contato: (_____) _____ Celular: (_____) _____

E-mail: _____

DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA:

Banco: _____ Nº. _____

Agência: _____

C/C: _____

OBJETO DA SOLICITAÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anuidade Ano _____ | <input type="checkbox"/> Taxa de Certificado Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Inscrição Ano _____ | <input type="checkbox"/> Taxa de Cancelamento Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Renovação Cadastral Ano _____ | <input type="checkbox"/> Taxa de Alt. Contratual e Certificado Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Alt. de Contratual Ano _____ | <input type="checkbox"/> Taxa de Alt. Resp.Téc. e Certificado Ano _____ |
| <input type="checkbox"/> Taxa de Alt. Resp.Técnico Ano _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

PELO MOTIVO DE PAGAMENTO

- Duplicidade A Maior Indevido

Obs: _____

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Os dados Bancários deverão ser DA EMPRESA;
- Caso a Empresa não possua conta bancária, deverá proceder conforme art.8º parágrafo 1º da Instrução Normativa 01/2017;
- Anexar Cópia do(s) Comprovante(s) de Pagamento. (NÃO SERÃO ACEITOS COMPROVANTE DE AGENDAMENTO E CÓPIAS DE EXTRATO BANCÁRIO);
- A requerimento assinado e a cópia do(s) comprovante(s) de pagamento devem estar legíveis.

Data: _____, ____/____/____.

Resp. Técnico / Sócio