

**REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO –
PROFISSIONAL/EMPRESA**

Ao Tesoureiro do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, o
profissional/empresa:

Nome/Razão Social:	
CPF/CNPJ:	Nº do Registro:
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Município:	UF:
Fone + DDD:	E-mail:

Vem através deste, requerer o ressarcimento referente a:

(Descrição do ressarcimento):	
No valor de R\$:	Valor por extenso:

A ser creditado:

Banco:	Agência:
Conta:	

Declaramos que as informações prestadas bem como os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros e que estamos cientes das penalidades cíveis e administrativas bem como do art. 299 do Código Penal em caso de falsidade dos itens acima citados.

Ciente em _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Requerente

Obs.: Deve ser anexado comprovante