

FORMULÁRIO N° 38B

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.
- **SOMENTE DEVEM SER LISTADAS AS DESPESAS QUE ESTIVEREM ACOMPANHADAS DOS DEVIDOS COMPROVANTES E DEVENDO SER REFERENTES AOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) MESES; TODOS COM IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE E COM O NOME OU CPF DO RECEBEDOR.**

FORMULÁRIO RELAÇÃO DE DESPESAS

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:	N° CRF-PF:
-------	------------

DESPESA	VALOR	ANEXA COMPROVANTE
Aluguel		
Água		
Luz		
Condomínio		
Gás		
IPTU		
Telefone		
Medicamentos		
Convênio Médico		
Exames laboratoriais e clínicos		
Atendimento Hospitalar		
Outras despesas (especificar nas observações)		

Observações:

	,	de		de	
Cidade		Dia		Mês	Ano

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileir

Assinatura do profissional

Assinatura do procurador

Carimbo e / ou nome legível

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário