



FORMULÁRIO Nº 12 - B



RELAÇÃO DE DESPESAS

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

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.

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

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:	Nº 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: _____

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 Brasileiro

No caso de representante, anexar procuração.

_____	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Assinatura do procurador

Carimbo e / ou nome legível

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
_____ Assinatura do funcionário