



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA**  
**SETOR DE CADASTRO**  
FORMULÁRIO OFICIAL

**FORMULÁRIO DE REEMBOLSO PROFISSIONAL**

Ilmo. Sr. Presidente do

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CRF/BA sob o nº \_\_\_\_\_ venho por meio deste solicitar a V.S<sup>a</sup>. restituição do valor R\$ \_\_\_\_\_ por (motivo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Dados bancários para depósito\*:**

Conta Bancária em nome de: \_\_\_\_\_

Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

Conta nº.: \_\_\_\_\_ ( ) Corrente ( ) Poupança

Nestes termos, peço deferimento.

**\*Obs. 01:** Os dados bancários devem estar em nome do profissional

**\*Obs.02:** Juntar comprovantes do (s) pagamento (s) que comprovem o motivo da restituição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

**DECLARO** verdadeiras às informações prestadas e estou ciente de que a omissão ou declaração falsa configura-se “ **crime de falsidade ideológica, previsto no Art 299, do Código Penal Brasileiro** e infração ética, prevista na RES. 461/2007. **Artigo 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. **Pena** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.