



# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE RONDÔNIA CRF/RO

## RESSARCIMENTO DE VALORES

Ilmo(a) Sr(a) Presidente do CRF/RO: \_\_\_\_\_

(Razão Social), \_\_\_\_\_

(Nome Fantasia), \_\_\_\_\_

CNPJ nº \_\_\_\_\_, situado à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,

no Município de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_ .CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

FONE ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, CELULAR ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

E-mail \_\_\_\_\_.

Neste ato VEM REQUERER RESSARCIMENTO de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Referente ao(s) ano(s) de \_\_\_\_\_

Havendo valores a receber, solicito que seja depositado no (preenchimento obrigatório):

Banco: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Conta nº: \_\_\_\_\_ cód. operação (apenas para Caixa Econômica Federal) \_\_\_\_\_.

Nome do Titular \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ \_\_\_\_\_

\*Estou ciente que a resposta será efetuada a de e-mail. Qualquer alteração referente aos dados descritos nesta solicitação será informada CRF/RO.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional / Representante Legal da Empresa