



FORMULÁRIO II

FORMULÁRIO RELAÇÃO DE DESPESAS

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do -Bahia - CRF-BA

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:	Nº CRF-BA:
-------	------------

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

Observações:

- **Anexar todos os comprovantes**

_____ de _____ de _____

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