

Ilmº. Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe

A Pessoa Física _____

_____ CPF _____

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____ Fone _____ Celular _____

E-mail _____

Inscrito(a) neste Conselho sob nº _____, vem pelo presente, solicitar de V. Sª. o seguinte:

() Ressarcimento de pagamento a maior, referente _____.

() Ressarcimento de pagamento em duplicidade, referente _____.

() Ressarcimento de pagamento, a maior, do que estabelecido pelo CFM, referente _____.

() Outros _____.

Conta para depósito: () Banco do Brasil, AG _____ C/C _____
(Preferencialmente)

() Outros: _____ AG _____ C/C _____

() Autorização para depósito, na conta deste Conselho, referente:

Nestes termos, pede deferimento,

Aracaju-SE, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Requerente