SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO
CREFITO-7

FORMULÁRIO PARA PAGAMENTO DE AUXÍLIOS REPRESENTAÇÃO E DIÁRIAS POR TRANFERÊNCIA BANCÁRIA

Salvador, _____ de _____de _____

Nome: _____

Profissão: ( ) Terapeuta Ocupacional Nº Registro Profissional: _____

( ) Fisioterapeuta

RG: _____ CPF: _____

Banco: ( ) Banco do Brasil Tipo: ( ) Conta Corrente

( ) Caixa Econômica Federal ( ) Poupança

( ) Outros _____

Agência: _____ **Conta:** _____

Operação: _____

EU AUTORIZO A GESTÃO DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO (CREFITO-7) REALIZAR OS PAGAMENTOS DOS AUXÍLIOS REPRESENTAÇÃO E/OU DIÁRIAS, QUE PORVENTURA EU FIZER JUS, ATRAVÉS DE DEPÓSITOS BANCÁRIOS CONFORME DADOS ACIMA PREENCHIDOS (DECLARO QUE NÃO PODEREI UTILIZAR CONTAS BANCÁRIAS DE TERCEIROS OU CONJUNTAS).
DECLARO ESTAR CIENTE QUE OS PAGAMENTOS DAS VERBAS SUPRACITADAS NÃO TÊM CARÁTER REMUNERATÓRIO, SENDO CARACTERIZADAS COMO VERBAS INDENIZATÓRIAS, QUE SERÃO PAGAS MEDIANTE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE OU REPRESENTAÇÃO DESTE EGRÉGIO CONSELHO, APÓS AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DO CREFITO-7 E DIANTE DA DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA.
DECLARO AINDA CONCORDAR QUE, PARA O DEVIDO RECEBIMENTO DAS REFERIDAS VERBAS, TEREI QUE ENTREGAR O MAPA DE ATIVIDADES DE CADA MÊS ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE DEVIDAMENTE PREENCHIDO E DOU CIÊNCIA DE QUE TODAS AS ATAS DE REUNIÕES E/OU RELATÓRIOS DE ATIVIDADES/VIAGENS DEVERÃO ESTAR DEVIDAMENTE PREENCHIDOS E ASSINADOS NO MOMENTO DA ENTREGA DO MAPA DE ATIVIDADES.
DOU FÉ QUE TODAS AS INFORMAÇÕES PREENCHIDAS ACIMA SÃO VERÍDICAS E PESSOAIS.

_____

Assinatura