



CREMESP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



Seção de Cobrança

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE DESCONTO DE ANUIDADES AJUIZADAS PESSOA FÍSICA

NOME: _____

Nº DO CRM-SP: _____ CPF: _____

Nº DO PROCESSO (Opcional): _____

Solicito **SIMULAÇÃO** para pagamento à vista ou parcelado das **anuidades inscritas na Dívida Ativa da União**, observando a Lei nº 12.514/2011, aplicando o desconto previsto na Resolução CFM vigente, comprometendo-me a quitar as parcelas até o dia 30 de cada mês.

Estou ciente de que o desconto aplica-se sobre o cálculo de juros e multa das anuidades inscritas na Dívida Ativa da União.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações prestadas e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente requerimento.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente

Preencher o endereço caso seja diferente do cadastrado na [Área do Médico](#):

Endereço: _____ nº. _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: (____) _____ Cel.: (____) _____

E-mail: _____

Rua Frei Caneca, 1.282 - Consolação
CEP 01307-002- São Paulo - SP
Fone: (11) 4349-9900 / www.cremesp.org.br

Classificação Documental

052.211.05.006

Expediente de solicitação de desconto de
anuidades ajuizadas de profissional médico