



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



**REQUERIMENTO DE BOLETO PARA REGULARIZAÇÃO DE DÉBITO AJUIZADO
PESSOA JURÍDICA**

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Ao
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
A/C dos Senhores Tesoureiros

Empresa: _____ **Registro de nº.** _____.

Prezado (a) Doutor (a),

Eu _____ **CRM.** _____ na qualidade de _____ da empresa em epígrafe, informo que tenho conhecimento do débito existente na tesouraria deste conselho referente à(s) anuidade(s) de _____, já acrescidas de juros, multa, custas processuais e honorários advocatícios, o qual se encontra inscrito na **Dívida Ativa da União**.

Informo ainda que desejo regularizar a dívida junto ao **CREMESP**. Sendo assim, solicito que seja emitido boleto bancário no valor total, para que eu possa efetuar o pagamento.

No aguardo de providências subscrevo-me,

Atenciosamente,

Sócio / Responsável Técnico

Favor enviar resposta para: PF ou PJ:

Endereço: _____ nº. _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone Residencial: (____) _____ Coml: (____) _____ Cel.: (____) _____

E-mail: _____