



**CREMESP**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE ANUIDADES  
PESSOA JURÍDICA**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

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

Ref.:  
Registro de nº. \_\_\_\_\_ CNPJ Nº \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Prezado (a) Doutor (a),

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_  
portador do CRM.: \_\_\_\_\_, CPF.: \_\_\_\_\_, venho solicitar a V. Sa. autorização para  
parcelamento de meu débito referente às anuidades de \_\_\_\_\_ no máximo de  
parcelas possíveis, ou em \_\_\_\_\_ vezes, a vencer todo dia \_\_\_\_\_.

Comprometo-me a quitar neste ato, as taxas de renovação que por ventura houver até o momento.

Justificativa / Manifestação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assim sendo, peço o deferimento do pedido supramencionado a fim de sanar os débitos perante este Conselho.

No aguardo de providências subscrevo-me mui,

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Resp. Técnico / Sócio / Representante Legal

Favor enviar resposta para  PF ou  PJ: (Preencher caso endereço seja diferente do cadastro)

Rua/Av. \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

Fone Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Coml. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_