



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



Seção de Cobrança

**REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE ANUIDADES ANTERIORES
PESSOA JURÍDICA**

RAZÃO SOCIAL (NOME): _____

Nº do Registro CRM-SP: _____ **CNPJ:** _____

Solicito autorização para parcelamento do débito existente nesse Conselho, comprometendo-me a quitar as parcelas até a data de vencimento solicitada, **referente às anuidades** (anteriores ao ano vigente): _____.

Declaro estar ciente de que as Taxas de Renovação referente aos exercícios dos anos anteriores serão adicionadas integralmente à 1ª Parcela deste acordo.

Parcelas:

- em _____ parcelas.
 máximo de parcelas possíveis (Até 12 vezes).

Vencimento:

Todo dia 30 de cada mês.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente

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

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

052.211.02.002

Processo de solicitação de parcelamento de
anuidades anteriores de empresa médica