



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 Tesoureiros

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: (Preencher somente se os dados estiverem diferentes do sistema)

Rua/Av.: _____ **nº.** _____ **Compl.:** _____

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

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

E-mail: _____