



CRM-ES

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE ANUIDADES PESSOA JURÍDICA

Vitória, ____ de _____ de 20__.

Ao
Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo
A/C dos Senhores Tesoureiros

Ref.:

Registro de nº _____ CNPJ nº _____

Empresa: _____

Prezado(a) Doutor(a)

Eu, _____, na qualidade de
_____ portador do CRM/ES nº _____, CPF.:
_____, venho solicitar a V. S^a. autorização para parcelamento de
meu(s) débito(s) referente à(s) anuidade(s) de _____, no
máximo de parcelas possíveis, ou em ____ vezes, a vencer a partir do mês
_____.

Comprometo-me a quitar neste ato a negociação e declaro estar ciente de que caso não haja a quitação do(s) referido(s) débito(s), estarei sujeito(a) às penalidades previstas da Lei.

Assim sendo, peço 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

Email para envio dos boletos: