



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL**  
Setor de Indústrias Gráficas Quadra 01 Lotes 985 a 1022 Centro Empresarial Parque Brasília 2º Andar Salas  
201/202 Cep 70610-410 Brasília-DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312  
Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

## **REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE ANUIDADE PESSOA FÍSICA**

**Ao  
Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.  
A/C do Senhor Tesoureiro**

Prezado(a) Doutor(a),

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador do CRM: \_\_\_\_\_, RG.:  
\_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_, solicito a  
V. Sa. o parcelamento de meu débito referente à anuidade de 2020, em  
\_\_\_\_\_ parcelas, conforme previsto no Artigo 2º, § 1º, item II, da  
Resolução CFM nº 2.231/2019.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Favor enviar resposta para: (Preencher o endereço eletrônico e telefones, caso seja diferente do cadastro)

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

Telefone Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Observação:**

Enviar o formulário devidamente preenchido para o e-mail [crmdf@crmdf.org.br](mailto:crmdf@crmdf.org.br)