



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 JURÍDICA

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

Prezado(a) Doutor(a),

Eu, _____
portador do CRM-DF nº _____, Responsável Técnico da empresa
_____, inscrita no CRM-DF
sob o número: _____, CNPJ: _____
solicito a V. Sa. o parcelamento do débito referente a anuidade de 2020,
em _____ parcelas, conforme previsto **no Art. 13, § 1º** da Resolução
CFM nº 2.231/2019.

Brasília, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente

Favor enviar resposta para: (Preencher o endereço eletrônico e telefones).

E-mail: _____

Telefone Comercial (____) _____ Celular (____) _____

Observação:

Enviar o formulário devidamente preenchido para o e-mail crmdf@crmdf.org.br