



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

Brasília, _____ de janeiro de 2018.

**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 2018, em
_____ parcelas, conforme previsto na Resolução CFM nº 2166/2017.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente

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

E-mail: _____

Fone Comercial (____) _____ Celular (____) _____