



**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**

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-DF nº \_\_\_\_\_, Responsável Técnico da empresa  
\_\_\_\_\_, inscrita no CRM-DF  
sob o número: \_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_  
solicito a V. Sa. o parcelamento do 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).

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

Fone Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_