



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Setor de Indústrias Gráficas Quadra 01 Lotes 985 a 1022 Centro Empresarial Parque Brasília 2º Andar Salas201/202 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 – exercícios anteriores

**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 do(s) débito(s) referente(s) à(s)
anuidade(s) de _____, em _____ parcelas,
conforme previsto na Resolução CFM nº 2.298/2021.

Brasília, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Requerente

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

E-mail(s): _____

Telefone Comercial: () _____ Celular: () _____

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

Os débitos em atraso, referentes a exercícios anteriores, dos médicos inscritos, inclusive multa eleitoral, e das empresas registradas no Conselho Regional de Medicina podem ser parcelados em até 12 (doze) vezes e serão consolidados na data do vencimento da primeira parcela, acrescidos de multa e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados de acordo com a regra **pro rata die**, e os demais vencimentos com intervalo de 30 (trinta) dias.

O valor da parcela não poderá ser inferior a R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).