



# CRM-AC

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE  
C.G.C. 14.345.748/0001-30 E-mail: crmac@crmac.org.br



## REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE ANUIDADE

PESSOA FÍSICA/ PESSOA JURÍDICA

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

Prezado (a) Doutor (a),

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CRM: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ e CPF:  
\_\_\_\_\_, solicito à V. Sa. o parcelamento do meu débito referente à anuidade  
de 2019, em \_\_\_\_\_ parcelas, conforme previsto no Artigo 2º, § 1º, item II, da Resolução CFM nº  
2185/2018.

Rio Branco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Atenciosamente,

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

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

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

Telefone comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_