

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PESSOA JURÍDICA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Parcelamento de débito Administrativo

Parcelamento de débito Judicial

SOLICITAÇÃO DE PARCELAMENTO:

	,		de		de	
Cidade		Dia		Mês		Ano

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário