

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 |