

# REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO DE DÉBITO PESSOA JURÍDICA E/OU PESSOA FÍSICA

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba – CRF/PB

**Campo de dados de PESSOA JURIDICA (ESTABELECIMENTO/FIRMA):**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:			
RAMO DE ATIVIDADE:		CNPJ:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:	FONE:	E-MAIL:	

**Campo de dados de PESSOA FÍSICA (Profissional Farmacêutico ou Técnico em Laboratório):**

NOME:		Nº CRF-PB:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:	FONE:	E-MAIL:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- Parcelamento de débito administrativo;  
 Parcelamento de débito judicial;

Débito referente a:

- Anuidade;  
 Multa;  
 OUTROS (Especificar): \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:**


\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
**Local e Data:**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Farmacêutico(a) ou do(a)  
Proprietário(a)/Sócio(a)/Representante Legal**

**ATENÇÃO:**

- Reconhecer firma em Cartório da Assinatura do(a) Farmacêutico(a) ou do(a) Proprietário(a)/Sócio(a)/Representante Legal;
- Apresentar Procuração reconhecida firma caso o estabelecimento esteja representado por seu procurador (cópia autenticada da procuração).
- Preencher apenas os campos referentes ao seu caso (PESSOA JURÍDICA E/OU PESSOA FÍSICA), em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original);