

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONFISSÃO DE DÍVIDA – ANUIDADES/MULTAS

NOME: _____

PROFISSÃO: _____ CPF/CNPJ: _____ CRMV-SP _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ TEL. CELULAR: () _____

E-MAIL: _____

através do presente instrumento, reconhece que deve ao CRMV-SP a quantia de **R\$** _____
(_____), nos termos da Lei n.º 5.517/68, Lei
n.º 11.000/04 e resoluções do Conselho Federal de Medicina Veterinária, comprometendo-se a saldá-la
em _____ (_____) **parcela(s) mensal(is) e consecutiva(s), no valor de**
R\$ _____ (_____), e honorários advocatícios
no valor de **R\$** _____ (_____), e
custas processuais, no valor de **R\$** _____
(_____), que deverão ser pagos mediante boleto bancário.

Solicito, ainda, que o(s) boleto(s) para pagamento seja(m) encaminhado(s):

PARA O MEU E-MAIL; **(informar o e-mail);**

PARA O MEU ENDEREÇO **(pra esta opção será cobrada a taxa de R\$ 1,80 por boleto).**

O(s) vencimento(s) do(s) boleto(s) será(ão), sempre, no último dia do mês
respectivo, ficando sob a responsabilidade do Requerente entrar em contato com o CRMV-SP caso não
os receba **até o dia 25 de cada mês (opção de envio pelos correios).**

Vencida a parcela sem o seu respectivo pagamento, incidirá, sobre o seu valor,
juros e correção monetária (IPCA), acumulado mensalmente, sendo que no caso de atraso de 2 (duas)
ou mais parcelas (consecutivas ou alternadas), o presente parcelamento será rescindido pelo CRMV-SP.

São Paulo, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do Profissional/Empresa

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Para uso do CRMV-SP:

