

REQUERIMENTO

Programa de Parcelamento Especial

Ilmo Senhor.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Razão Social _____,
CNPJ nº _____ solicito adesão ao Programa de Parcelamento Especial para o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais.

Em anexo encaminho os documentos solicitados na Deliberação nº 05/2020.

Requisitos

- comprovar ter sido oficialmente decretada a calamidade pública;
- comprovar ser referente ao ano da calamidade pública;
- comprovar ter recebido isenção do Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana (IPTU);
- comprovar ter recebido autorização para sacar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em razão dos fatos motivadores da calamidade pública;
- comprovar através de atestado emitido por órgão ou entidade da administração pública a lesão a bens das pessoas física ou jurídica em razão da situação calamitosa;

Observação

O benefício consiste no parcelamento da anuidade do exercício de 2020, em até 10 (dez) parcelas a contar do mês de março ou em 6 (seis) parcelas a contar do mês de junho, para os inscritos que comprovarem pelo menos um dos requisitos previstos no art. 5º da Deliberação.

A documentação será analisada pela Comissão de Assistência Profissional do CRF/MG, que terá 15 dias corridos para responder ao pedido do requerente e pode pedir outros documentos, se julgar necessário. Se forem necessários novos documentos, o requerente deve enviar em cinco (5) dias corridos a contar da notificação e a comissão terá 10 dias corridos para responder definitivamente ao pedido.

Assinatura Representante Legal / CPF

O e-mail deve ser encaminhado para: financeiro@crfm.org.br

Assunto: **Programa de Parcelamento Especial**

