



**PEDIDO DE PRESCRIÇÃO DE DÉBITOS  
RENEGOCIAÇÃO DE DÉBITOS**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO  
Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA  
Rua Gervásio Pires, 1074 - Soledade - Recife - PE - CEP  
50050-070 Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81)  
3221.1080 www.crbm2.gov.br

**1. DADOS DO PROFISSIONAL BIOMÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Número de Registro (Inscrição) no CRBM2 \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ ,

Apto \_\_\_\_\_, Bloco \_\_\_\_\_, Quadra \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade

\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone Fixo ( ) \_\_\_\_\_,

Celular ( ) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**2. SOLICITAÇÃO (O requerente deve informar quais os débitos que deseja pedir prescrição).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. PARCELAMENTO DE DÉBITOS QUE NÃO FORAM SOLICITADOS A PRESCRIÇÃO (O requerente poderá solicitar, caso deseje, proposta de parcelamento. A simulação será enviada para o e-mail informado neste requerimento).**

**Obs. Não existindo débitos não prescritos, desconsiderar este item.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
Cidade UF data mês ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Interessado(a)