

PESSOA JURÍDICA

Ao: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia-CREMEB Tel 71 3339 -2830
EMAIL financeiro: TESOURARIA@CREMEB.ORG.BR

Nome _____
CRM(PJ)_____, tel.: () _____,

Solicitamos () parcelamento ou () reparcelamento da(s) anuidade(s) de exercícios de _____, no máximo de parcelas possíveis ou em _____ (_____) * **parcelas**, com vencimento a partir de ____/____/____.

Obs.: As taxas de Renovação de Certificado serão acrescidas na primeira parcela.

De logo, informo que tenho conhecimento de que o não pagamento de uma das parcelas implicará na revogação do parcelamento e, caso haja solicitação de reparcelamento o número total de parcelas deverá ser igual ao número de parcelas não pagas acrescido do número de parcelas a vencer.

Havendo inadimplência fica facultado ao CREMEB protestar ou fazer a cobrança judicial do total do débito. Resolução CFM N° 2.280/2020

***Sujeito a alteração pelo CREMEB, conforme orientações para parcelamento sobre o valor mínimo do parcelamento de exercícios anteriores: R\$ 150,00**

*** A anuidade do Exercício (atual) só poderá ser parcelada em até 05 (cinco) parcelas e havendo atraso não poderá ser reparcelada.**

Em caso de atraso, entre em contato com o CREMEB, por e-mail.

O parcelamento também poderá ser efetuado por cartão de crédito: O detalhamento da pendência financeira, assim como a forma de pagamento (**parcelada ou cota única**) por **cartão de crédito** encontram-se disponibilizados, **para visualização de forma autônoma**, através do site www.cremeb.org.br → Para as Empresas → Taxa e Anuidades → Ficha Financeira - Pagamento

Salvador BA, ____/____/____.

Assinatura - CRM

BOLETOS: ☐ Enviados via e-mail ☐ Entregue ao Médico ☐ Entregue ao portador _____ Em: ____/____/____.