

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.: () _____, E-mail: _____

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.

Atenção: 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

De logo, informo que tenho conhecimento de que o não pagamento de uma das parcelas implicará na revogação do parcelamento **ficando facultado ao CREMEB protestar ou fazer a cobrança judicial do total do débito.**

Resolução CFM N° 2.298/2021

***Sujeito a alteração pelo CREMEB, conforme orientações para parcelamento sobre o valor mínimo do parcelamento de exercícios anteriores.**

*** 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.

Declaro-me ciente deste Termo de Compromisso.

Salvador BA, ____/____/____.

Assinatura - CRM

BOLETOS: Enviados via e-mail Entregue ao Médico Entregue ao

portador _____ Em: ____/____/____.