

Ao: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia-CREMEB

Tel 71 3339 -2823

E-mail Financeiro: TESOURARIA@CREMEB.ORG.BR**NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO =>TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO => Solicitação de Parcelamento de Débitos**

Eu, _____, CRM _____,

E-mail _____ Tel () _____

Residência (preenchimento obrigatório):_____
Cidade/UF _____

CEP _____

Solicito o parcelamento da(s) anuidade(s) de exercícios de _____, no máximo de parcelas possíveis ou em ____ (____)* **parcelas**, com vencimento a partir de ____/____/____.Atenção: Para parcelamento efetuado por cartão de crédito não será necessário preenchimento deste formulário, bastando acessar o site www.cremeb.org.br → Para os Médicos → Taxa e Anuidades → Ficha Financeira – Pagamento por Cartão.De logo, informo que tenho conhecimento através da presente **NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO =>TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO => Solicitação Parcelamento de Débitos** de que o não pagamento de uma das parcelas implicará na revogação do parcelamento ficando facultado ao CREMEB protestar e/ou, dentre outras medidas cabíveis fazer a cobrança judicial do total do débito. O CREDOR não está obrigado a providenciar qualquer notificação ou interpelação para constituir o DEVEDOR em mora pelo não pagamento de qualquer das parcelas do presente Termo. O simples e puro inadimplemento já obrigará o DEVEDOR a pagar a totalidade remanescente com os acréscimos legais. Resolução CFM N° 2.368/2023 Art. 22 e Resolução CFM N° 2.374/2023.***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.**A assinatura da presente **NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO =>TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO => Solicitação Parcelamento de Débitos** pelo DEVEDOR importa em confissão definitiva e irretroatável do débito.

Salvador BA, ____/____/____.

Assinatura - CRM

BOLETOS:

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