



TERMO DE ACORDO EXTRAJUDICIAL DE ANUIDADE

Pelo presente instrumento, de um lado, **CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE GOIÁS**, com endereço na Rua 1.122, n.º 198, Setor Marista, Goiânia/GO, neste documento representado pelo Departamento Financeiro deste Regional, e de outro lado, o abaixo identificado, ajustam o presente termo de acordo, com efeitos de confissão de dívida, referente à **ANUIDADE PESSOA FÍSICA 2024**, em consonância com as Leis Federais n.º 3.820/60 e 12.514/2011.

Nome: _____ CRF N.º _____

Opções de parcelamento:

Vencimento das parcelas: 10 20 30

Opção 01:

R\$ 661,96 (*seiscentos e sessenta e um reais e noventa e seis centavos*) em **06** (*seis*) parcelas iguais, mensais e sucessivas de **R\$ 110,33** (*cento e dez reais e trinta e três centavos*) com vencimentos a iniciar em **MAIO/2024** e encerrar em **OUTUBRO/2024**.

Opção 02:

R\$ 661,96 (*seiscentos e sessenta e um reais e noventa e seis centavos*) em **04** (*quatro*) parcelas iguais, mensais e sucessivas de **R\$ 165,49** (*cento e sessenta e cinco reais e quarenta e nove centavos*) com vencimentos a iniciar em **MAIO/2024** e encerrar em **AGOSTO/2024**.

Todos os valores serão quitados por meio de boletos bancários referentes a conta do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Goiás, nas datas combinadas.

O(a) profissional fica ciente que o inadimplemento importará em ação de execução fiscal pelo valor total ou saldo remanescente devidamente atualizado.

Goiânia, _____.

De Acordo:

Assinatura do (a) Farmacêutico (a)

Financeiro CRF-GO

Enviar esse termo para anuidade2024@crfgo.org.br até dia 29/04/2024.

Para parcelar em menos vezes, solicitar termo atualizado no e-mail anuidade2024@crfgo.org.br



ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO

Nome: _____ CRF N.º: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Alternativo (opcional): _____

E-mail: _____

E-mail alternativo (opcional): _____

Observações adicionais (opcional): _____

Assinatura do (a) Farmacêutico (a)