



**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 JURÍDICA 2024**, em consonância com as Leis Federais n.º 3.820/60 e 12.514/2011.

**Razão Social:** \_\_\_\_\_ **CNPJ** \_\_\_\_\_

**Opções de parcelamento:**

**Vencimento das parcelas:**  10  20  30

**Opção 01:**

**R\$ 5.516,52** (*cinco mil quinhentos e dezesseis reais e cinquenta e dois centavos*) em **06** (*seis*) parcelas iguais, mensais e sucessivas de **R\$ 919,42** (*novecentos e dezenove reais e quarenta e dois centavos*) com vencimentos a iniciar em **MAIO/2024** e encerrar em **OUTUBRO/2024**.

**Opção 02:**

**R\$ 5.516,52** (*cinco mil quinhentos e dezesseis reais e cinquenta e dois centavos*) em **04** (*quatro*) parcelas iguais, mensais e sucessivas de **R\$ 1.379,13** (*mil trezentos e setenta e nove reais e treze 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) Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Financeiro CRF-GO**

**Enviar esse termo para [anuidade2024@crfgo.org.br](mailto:anuidade2024@crfgo.org.br) até dia 29/04/2024.**

Para parcelar em menos vezes, solicitar termo atualizado no e-mail [anuidade2024@crfgo.org.br](mailto:anuidade2024@crfgo.org.br)