

**SOLICITAÇÃO DE PARCELAMENTO ANUIDADES CROMG**

Nome do profissional: _____ Inscrição nº: _____

Marque com um "X" sua categoria profissional:

CD ____ TPD ____ EPAO ____ LB ____

Marque com um "X" o prazo do parcelamento: (Sob avaliação de parcela mínima)

5x ____ 10x ____

Observações:

1. O profissional deverá imprimir, preencher e assinar este Pedido de Parcelamento
2. Em seguida, deverá enviá-lo pelos correios, endereçado para sede do CRO-MG, ou protocolar diretamente na Sede ou Delegacias Regionais.
3. O profissional receberá em seu endereço as guias de parcelamento para recolhimento bancário.
4. Cumpra ao profissional manter atualizado seu endereço.
5. Parcelamentos em até 10 parcelas mensais e consecutivas não incluem juros.
6. Parcelamentos em prazo superior serão acrescidos juros de 1% ao mês sobre as parcelas restantes, sem correção monetária.
7. O recolhimento da primeira parcela possibilita emissão de Certidão Positiva, com Efeitos de Negativa, o que autoriza o CRO MG a requerer a suspensão de ação de execução fiscal (caso se trate de dívida ajuizada).
8. A informação sobre o valor da dívida atualizada será fornecida ao próprio profissional ou ao procurador munido de procuração. Para tanto, o profissional ou seu procurador deverá se dirigir ao CRO-MG, na sua Sede ou nas Delegacias Regionais.
9. O CRO-MG não está autorizado a conceder descontos, mesmo para pagamento à vista.
10. Será objeto de parcelamento o valor atualizado, informado ao profissional na notificação de dívida recebida por ele. Especificamente para os casos de dívida ativa ajuizada, serão incluídos os acréscimos legais, sendo as custas judiciais e honorários sucumbenciais fixados pelo Juiz.
11. Há também a opção de pagamento pelo **cartão de crédito** em até 12 vezes sem juros, mediante contato telefônico.

Endereço de correspondência:

Residencial: Av/Rua: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefones para Contato: _____

E-mail: _____



Consultório/Clínica: Av/Rua: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Solicitação de parcelamento.

O profissional anteriormente identificado solicita ao CRO-MG o parcelamento da dívida de anuidades vencidas, requerendo receber os boletos bancários em seu endereço.

Solicito receber os boletos bancários para pagamento na rede bancária no meu endereço:

Marque com um "X": Residencial: _____ Consultório/Clínica: _____

Em ____/____/____. Assinatura do profissional: _____

CRO