

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente Termo de Compromisso, eu: _____

Nome completo
Natural de: _____ Estado: _____

RG. _____ Órgão de expedição: _____

CPF: _____

Declaro, ao **CONSELHO REGIONAL DE ÓPTICA E OPTOMETRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CROO-SP)**, sob a pena da lei, ser verdadeiras as informações prestadas em minha ficha cadastral no momento da minha proposta de filiação, assim como, declaro serem fiéis às cópias dos documentos fornecidos. Disponho-me a manter atualizados os meus dados cadastrais junto ao **CROOSP** e **autorizo** esta entidade a verificação e a comprovação de quaisquer informações prestadas.

Autorizo ainda o **CONSELHO REGIONAL DE ÓPTICA E OPTOMETRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO** a cobranças subsequentes da anuidade associativa e custos, através de boletos bancários, respeitando os critérios e instruções descritas nos boletos.

Em caso do meu desinteresse à continuação associativa, me comprometo a enviar protocolo de cancelamento de filiação, quitar meus débitos e devolver imediatamente a CIA e documentos emitidos pelo **CROO-SP**, entregando pessoalmente ou via correio por Sedex com aviso de recebimento, para que se caracterize o desejo da desfiliação e para dar início ao processo de sustação das cobranças, que deverá ocorrer em 15 dias. Após o desligamento, receberá um atestado de quitação e desfiliação do CROO-SP.

Fico ciente que cancelando o registro não devo utilizar meu numero de inscrição, passivo de judicialização no caso de utilização indevida.

Comprometo-me, a conhecer e seguir estritamente o **CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL e REGIMENTO INTERNO**, disponível em formato digital no link: http://www.croosp.org.br/Codigo_Etica_Opticos_Optometristas.pdf

São Paulo, _____ de _____ de 201_

Minha assinatura é reconhecimento dos termos.