1. **REQUERIMENTO DE ISENçãO DE RECOLHIMENTO DE ANUIDADE – portadores de
doenças graves**
2. Preencher com caneta azul ou preta sem rasuras ou abreviações

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES PESSOAIS** |
| Nome:       |
| Número de Registro:       | CPF:       |
| E-mail:       | Telefone:       |
| **ENDEREÇO PARA ENVIO DA CARTA RETORNO** |
| Logradouro:       |
| Nº:       | Complemento:       | CEP:       |
| Bairro:       | Cidade:       |
| **DIAGNÓSTICO** |
| CID:       |
| Doença:       |
| Data do diagnóstico (caso seja informado no laudo pericial):       |
| Data em que foi contraída a doença (caso haja):       |
| Validade do laudo pericial:       |
| **ANUIDADE A SER ISENTA** |
| Exercício de:       |
| Declaro ainda, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas, bem como o laudo pericial anexado a este, são verídicos e autênticos, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica), bem como responsabilidade ético profissional capitulada no Código de Ética do Profissional de Educação Física. Venho, portanto, requerer a isenção da minha anuidade junto ao CREF2/RS, com base na Resolução CONFEF nº 347/2017, de 16 de novembro de 2017, declarando estar de acordo com a resolução citada, com o Código de Ética do Profissional de Educação Física e demais atos emanados pelo Sistema CONFEF/CREFs. |
|  |  |  |
| Local e data |  | Assinatura |
| *Para o deferimento é indispensável a anexar laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, devendo estar explicitado breve histórico da sua doença, obrigatoriamente com CID, data do diagnóstico e o prazo de validade do laudo pericial (no caso de doenças passíveis de controle).* |