

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE – POR DOENÇA**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME COMPLETO			NÚMERO DE REGISTRO NO CREF17/MT
CPF	RG	E-MAIL	
TELEFONE RES. COM DDD	TELEFONE CELULAR COM DDD	WHATSAPP COM DDD	

ENDEREÇO PARA ENVIO DA CARTA RETORNO

ENDEREÇO (Rua, Avenida, Travessa, etc.)			Nº
BAIRRO		CIDADE	UF
COMPLEMENTO			

Venho, portanto, requerer a isenção da minha anuidade junto ao CREF17/M, neste ano, com base na Resolução CONFEF nº 347/2017, 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, devendo ser protocolizada/atualizada anualmente, até 31 de março do ano corrente, acompanhada dos documentos comprobatórios:

- 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).

Conforme dispõe a Resolução CONFEF nº 476/2023 - Art. 1º - Estarão isentos do pagamento de anuidades, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nesta Resolução, os Profissionais de Educação Física portadores de uma ou mais doenças abaixo elencadas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); | <input type="checkbox"/> Fibrose Cística (Mucoviscidose); |
| <input type="checkbox"/> Alienação Mental; | <input type="checkbox"/> Hanseníase; |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave; | <input type="checkbox"/> Nefropatia Grave; |
| <input type="checkbox"/> Cegueira; | <input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave; |
| <input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação; | <input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna; |
| <input type="checkbox"/> Doença de Paget em estados avançados (Osteite Deformante); | <input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante; |
| <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson; | <input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa, enquanto em tratamento; |
| <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla; | <input type="checkbox"/> Neuropatia Incapacitante. |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante; | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

*Os casos omissos serão deliberados pelo Plenário do CONFEF.

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.

_____, de _____ de _____.
Local e Data

ASSINATURA (Obrigatório e idêntica ao documento de identidade)