



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Conselho Regional de Educação Física da 11ª
Região Mato Grosso do Sul

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE PARA PORTADORES DE DOENÇAS GRAVES

REQUERIMENTO Nº:				(ESSE CAMPO SERÁ PREENCHIDO PELO CREF11/MS)		
INFORMAÇÕES PESSOAIS						
NOME:				SEXO: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		
REGISTRO Nº:		TELEFONE:		CELULAR:		
E-MAIL:						
ENDEREÇO:						
NÚMERO:		COMPLEMENTO:		BAIRRO:		
MUNICÍPIO:		UF:		CEP:	-	
INFORMAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICO						
DOENÇA:						
CID:		DATA DE INÍCIO DA DOENÇA:			(CASO POSSUA ESSA INFORMAÇÃO)	
DATA DO DIAGNÓSTICO:		VALIDADE DO LAUDO PERICIAL:				(CASO INFORMADO EM LAUDO PERICIAL)
ANUIDADE A SER ISENTA						
ANO DE EXERCÍCIO:						
<p>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 DE ÉTICA PENAL BRASILEIRO (FALSIDADE IDEOLÓGICA) BEM COMO RESPONSABILIDADE ÉTICO PROFISSIONAL CAPITULADA NO CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.</p> <p>VENHO, PORTANTO, REQUERER A ISENÇÃO DA MINHA ANUIDADE JUNTO A ESSE CREF, COM BASE NA RESOLUÇÃO CONFEF Nº 347, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2017, DECLARANDO ESTAR DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CITADA, COM O CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO CONFEF E DEMAIS ATOS EMANADOS PELO SISTEMA CONFEF/CREFS.</p>						

Local e Data:

Assinatura

(CONFORME CONSTANTE NO REGISTRO)