



**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO
PARA PORTADORES DE DOENÇAS GRAVES**

Requerimento nº: _____ (informação preenchida pelo CREF)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____ Sexo: M() F()

Endereço: _____
nº complemento: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Fax: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Endereço eletrônico: _____

DIAGNÓSTICO

CID: _____

Doença: _____

Data do diagnóstico (caso informado no laudo pericial): _____

Data em que foi contraída a enfermidade (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 ética profissional capitulada no Código de Ética Profissional de Educação Física.

Venho, portanto, requerer a isenção da minha inscrição e anuidade junto a esse CREF, com base na Resolução CONFEF nº 524, de 06 de Fevereiro de 2024, declarando estar de acordo com a Resolução citada, com o Código de Ética Profissional de Educação Física e demais atos emanados pelo Sistema CONFEF/CREFs.

Local e data: _____ Assinatura: _____