



Requerimento de Remissão/Isenção (Baixa de débitos)

Dados do Requerente

Nome: _____

Número de creci: _____ CPF: _____

Telefone: () _____ () _____

E-mail: _____

Endereço Completo : _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

Venho através deste documento, requerer a remissão das anuidades dos exercícios de

Documentação Necessária Conf. Res Cofeci 1484/2022.

1-Atestado informando a incapacidade laboral, com indicação do CID, o atestado deverá constar a **data inicial do acometimento** da doença grave ou incapacidade laboral temporária ou permanente e se for o caso a **data em que cessou**.

2- A doença constar no rol taxativo de doenças graves para efeitos de concessão de isenção e ou remissão da obrigação de pagamento de anuidade conforme portaria COFECI Nº 12/2023.

3- Em caso de incapacidade laboral temporária ou permanente que impossibilite o exercício futuro da profissão no ato da solicitação, apresentar pedido de cancelamento ou suspensão por motivo de doença.

Selecionar a enfermidade conforme atestado.

*Cardiopatias graves

Insuficiência cardíaca Insuficiência coronariana

Arritmias complexas Acidente vascular

Hipertensão arterial crônica (que causou incapacidade laboral)

Nervoso Central (SNC) e que resulta em debilidade crônica e progressiva

***Paralisia incapacitante e irreversível**

- Derrame cerebral Acidente vascular cerebral (AVC)
 Esclerose múltipla (EM) Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

***Hanseníase**

- Hanseníase

***Tuberculose ativa**

- Tuberculose ativa

***Hepatopatia grave**

- Hepatites (autoimune, tóxica, metabólica, vascular)
 Hepatite B Hepatite C
 Tumores hepáticos Doenças hepatobiliares

***Esclerose múltipla**

- Esclerose Múltipla Remitente Recorrente (EMRR)
 Esclerose Múltipla Primária Progressiva (EMPP)
 Esclerose Múltipla Secundária Progressiva (EMSP)

***Doenças reumáticas**

- Artrose Fibromialgia
 Osteoporose Hiperuricemia (gota)
 Tendinites Bursites
 Febre reumática Artrite reumatoide
 Lúpus eritematoso sistêmico

***Doença de Charcot-Marie-Tooth**

- Doença de Charcot-Marie-Tooth

***Doença de Huntington**

- Doença de Huntington

***Arterite de Takayasu**

- Arterite de Takayasu

Local/data: _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Requerente