**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REMISSÃO DE DÉBITOS POR DOENÇA GRAVE QUE GERE INCAPACIDADE LABORAL PERMANENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | |
| **CRECI nº** | **RG:** | **CPF:** |
| **Endereço:** | | |
| **Nº** | **Compl.:** | **CEP:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** |
| **Telefone:** | **Telefone p/ recado:** | |
| **e-mail:** | | |
| **Situação da inscrição: ( ) Ativa ( ) Cancelada a Pedido ( ) Cancelada por ord. administ. ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

|  |
| --- |
| **É portador de doença grave? ( ) Sim ( ) Não** |
| **A doença grave gera incapacidade laboral permanente? ( ) Sim ( ) Não** |
| **Início da manifestação da doença (mês/ano):** |
| **Nome da doença:** |
| **CID:** |

|  |
| --- |
| **Para quais débitos pretende a remissão?** |
| **Anuidade(s):** |
|  |

**Informações importantes:**

I. O preenchimento e envio do formulário resultará na instauração o Processo Administrativo de Remissão de Débitos (PARD), que passará por análise da Comissão de Análise Situacional (CAS), mas não garante o deferimento do pedido.

II. A comprovação da doença grave deverá ser feita, exclusivamente, por meio de documentos anexados a este formulário, portanto, certifique-se de encaminhar todos os documentos necessários para a análise da solicitação.

III. O solicitante tem ciência que todas as notificações referentes ao Processo Administrativo de Remissão de Débitos (PARD) serão enviadas por e-mail, devendo o solicitante atentar-se ao recebimento destas e comunicar ao CRECI caso haja modificação do e-mail mencionado no formulário.

IV. O solicitante atesta, para todos os fins, que as informações contidas neste formulário, bem com as informações contidas nos documentos anexos a este formulário são verdadeiras.

V. A remissão só será concedida caso a doença grave informada esteja prevista no rol taxativo do artigo 2º da Portaria-COFECI nº 012/2023 e na Resolução COFECI nº 1484/2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Solicitante)