



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE POR MOTIVO DE DOENÇA

Setor de Cobrança

Eu, _____, CRM-MA nº _____, venho, por meio deste, requerer a concessão de isenção do pagamento da(s) anuidade(s) referente(s) ao(s) ano(s) _____, por motivo de doença, nos termos da Resolução CFM nº 2.317/2022, a qual dispõe em seu Art. 9º:

"Poderão ficar isentos do pagamento de anuidade, temporária ou definitivamente, os médicos que sejam portadores das doenças a seguir elencadas."

Venho requerer isenção pela(s) seguinte(s) doença(s):

1. Tuberculose ativa;
2. Alienação mental;
3. Esclerose múltipla;
4. Neoplasia maligna;
5. Cegueira;
6. Hanseníase;
7. Paralisia irreversível e incapacitante;
8. Cardiopatia grave;
9. Doença de Parkinson;
10. Espondilite anquilosante;
11. Nefropatia grave;
12. Estados adiantados de doença de Paget (osteíte deformante);
13. Contaminação por radiação;
14. Síndrome de imunodeficiência adquirida;
15. Hepatopatia grave;
16. Fibrose cística (mucoviscidose).;

Para tanto, anexo ao presente o(s) laudo(s) atualizado(s) emitido(s) pelo médico assistente.

Declaro estar ciente de que a isenção, se deferida, será concedida apenas para o ano corrente e se necessária a sua renovação, deverá ser protocolado novo requerimento anualmente, preferencialmente até 31 de janeiro, acompanhado dos documentos comprobatórios.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações prestadas e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, confirmo o presente requerimento.

Local e data: _____

Assinatura do médico *

* este documento pode ser assinado pelo **gov.br** ou outra **certificação digital** ou ainda de caneta (física ou digital).