|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE ISENÇÃO** |
| **ILMO SR. PRESIDENTE DO CRA-MG,**Em conformidade com a **RN CFA 546/2018,** venho requerer deste Conselho a **ISENÇÃO referente(s) à(s):**  |
| Art. 1º O profissional que atender aos requisitos desta Resolução fica desobrigado do pagamento de anuidades, taxas, multas e preços de serviços devidos ao Conselho Regional de Administração no qual possuir registro profissional.Art. 2º O Conselho Regional de Administração, mediante decisão fundamentada do Plenário, concederá isenção do pagamento das obrigações previstas no art. 1º, ao profissional portador de doença grave prevista em Instrução Normativa da ReceitaFederal do Brasil, em vigor para fins de isenção do Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas.§ 1º Para efeito de reconhecimento da isenção, o requerimento deve ser instruído com laudo da medicina especializada.§ 2º A isenção será válida enquanto perdurar o estado de doença, devendo a comprovação descrita no § 1º ser feita anualmente pelo profissional.§ 3º A isenção não impede a cobrança de débitos dos exercícios anteriores.Art. 3º No caso de requerimento formulado após o vencimento da anuidade, o solicitante terá direito à isenção referente aos duodécimos restantes do exercício, contados da data do protocolo do pedido.Art. 4º A apresentação de documento de conteúdo inverídico ensejará o indeferimento ou revogação do benefício, conforme o caso, e consequente cobrança da anuidade no seu valor integral, sem prejuízo da adoção das medidas administrativas e judiciaiscabíveis. |
| **Documentos necessários:**Laudo expedido por medicina especializada atualizado, expedido em até 12 meses da data do protocolo, caso seja portador de doença grave prevista em Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil, em vigor à data do pedido. Para doença crônica irreversível, o laudo médico não precisa ser atualizado. |
| **IMPORTANTE:*** Documentos assinados por terceiros deverão ser devidamente acompanhados de procuração do requerente.
* O CRA-MG poderá solicitar outros documentos para subsidiar a análise do pleito.
* É obrigatória a apresentação da documentação completa, sem a qual não será possível dar início ao processo de análise do pedido.
* Não nos responsabilizamos por extravio de correspondências encaminhadas via correios, antes de recebidos pelo CRA-MG.
 |
| **DADOS DO REQUERENTE** |
| Nome Completo  CRA-MG nº  |
| **Endereço Residencial** (Rua/Av./Praça/Alameda):  Nº  Complemento: Bairro:  Município:  UF:  CEP:  Telefone:  Celular: E-mail:  Caixa Postal:  |
| Nome da Empresa: CNPJ:  Cargo/Função: **Endereço Comercial** (Rua/Av./Praça/Alameda):  Nº  Complemento: Bairro:  Município:  UF:  CEP:  Telefone:  Celular: E-mail:  Caixa Postal:  |
| **ASSINALE O ENDEREÇO PREFERENCIAL PARA RECEBIMENTO DE CORRESPONDÊNCIA:**  |
| **DATA:  ASSINATURA DO REQUERENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PARA USO INTERNO DO CRA-MG**Declaro ter conferido a documentação.Funcionário/Estagiário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Protocolo nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CONTATOS E ENDEREÇO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS**Observação:. A solicitação poderá ser encaminhada para o e-mail cramg@cramg.org.br, **ou** via correios (Av. Olegário Maciel, 1233 – Lourdes – Belo Horizonte/MG CEP 30.180.111). |