



**CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 9ª REGIÃO - SC
AUTARQUIA FEDERAL**

REQUERIMENTO DE DESCONTO PARA PORTADORES DE DOENÇAS E AFECÇÕES

Ao Presidente do CRBio-09,

Eu, _____,
Biólogo(a) inscrito no Conselho Regional de Biologia – 9ª Região, com registro nº _____,
residente e domiciliado na Rua _____
_____, CEP _____, cidade/UF _____,
telefone: (____) _____, e-mail _____,
solicito **desconto de 90% sobre o valor integral da anuidade para PORTADORES DE DOENÇAS E AFECÇÕES**, de acordo com a Resolução CFBio nº 675.

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, ser portador de uma das doenças descritas no art. 3º da Resolução CFBio nº 675, de 8 de dezembro de 2023, abaixo indicada, **conforme laudo(s) médico(s) anexado(s)**. Reconheço que o desconto de 90% solicitado não me isenta do pagamento de débitos anteriores à data da concessão do desconto.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberculose ativa | <input type="checkbox"/> Hanseníase |
| <input type="checkbox"/> Alienação mental | <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna |
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Paralisia irreversível e incapacitante |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia grave | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Espondilite anquilosante |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia grave | <input type="checkbox"/> Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome da deficiência imunológica adquirida (Aids) | <input type="checkbox"/> Contaminação por radiação |
| <input type="checkbox"/> Hepatopatia grave | <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla |
| <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico (agudo) | <input type="checkbox"/> Abdome agudo cirúrgico |

Assinatura

Data ____/____/____