



**CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 3ª REGIÃO – RS  
AUTARQUIA FEDERAL**

**REQUERIMENTO DE DESCONTO**

RESOLUÇÃO CFBio Nº 675, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2023  
PARA PORTADORES DE DOENÇAS E AFECÇÕES

Nome do Biólogo(a):	Registro no CRBio:
Telefones:	E-mail:
CPF:	RG:
Endereço:	
Cidade:	Estado:
CEP:	

Prezado(a) Sr(a) Presidente,

Eu, \_\_\_\_\_, solicito o desconto de 90% sobre o valor integral da anuidade, de acordo com o art. 3º da RESOLUÇÃO CFBio Nº 675, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2023.

**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 do Biólogo(a)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---- PARA USO INTERNO DO CRBIO-03 ----

Parecer da Diretoria: ( ) Deferido ( ) Indeferido