

REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITOS

Nos termos da Lei n.º 1411, de 13/08/51, do Decreto n.º 31.794, de 17/11/52, e Resoluções do Conselho Federal de Economia, em especial a Resolução n.º 1.853/2011, art. 17, § 1º,

_____(nome),
Economista registrado nesse CORECON sob o número _____, CPF nº _____, vem **REQUERER** ao **CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA – 1ª**

REGIÃO - RJ, o reconhecimento da inexigibilidade de débitos, nos termos abaixo:

– dispensa do pagamento da anuidade em razão de aposentadoria por invalidez ou por tempo de serviço (art. 17, I, da Res. nº 1.853/2011).

– dispensa do pagamento da anuidade em razão de enfermidade incapacitante de atividade laborativa (art. 17, II, da Res. nº 1.853/2011).

– dispensa do pagamento da anuidade em razão da suspensão ou cancelamento do registro (art. 17, III, da Res. nº 1.853/2011).

– dispensa do pagamento de emolumentos pela emissão de certidão para defesa de direitos e esclarecimentos prevista no art. 1º da Lei nº 9.051/95 (art. 29, I, da Res. nº 1.853/2011).

– dispensa do pagamento de emolumentos pela emissão de certidão solicitada por pessoa física que comprove estar amparada pelo benefício da assistência judiciária gratuita e que declare a incapacidade econômica para o pagamento do emolumento (art. 29, II, da Res. nº 1.853/2011).

– isenção em função da efetiva falta de condições financeiras e/ou patrimoniais impeditivas do pagamento da anuidade c/c comprovação o não exercício de profissão inerente ou privativa de economista por no mínimo três anos anteriores ao pedido de cancelamento (art. 1º da Resolução nº 018/2005 do Conselho Regional de Economia da 1ª Região/RJ).

Para tanto, junta os documentos comprobatórios da situação acima informada, declarando-se ainda ciente:

I – de que qualquer dispensa de pagamento somente incidirá sobre os débitos cujo fato gerador tenha ocorrido após a comprovada ocorrência da circunstância que implica na dispensa (§ 3º do art. 17 da Res. nº 1.853/2011);

II – de que a comprovação da situação de aposentadoria por invalidez far-se-á somente mediante documento previdenciário oficial que comprove a concessão da aposentadoria e a respectiva data, fazendo expressa referência ao motivo que a gerou e ao dispositivo relativo a esse tipo de aposentadoria do regime previdenciário que beneficia o requerente;

III – de que a comprovação da hipótese de enfermidade que implique na incapacidade laborativa absoluta far-se-á somente mediante atestado firmado por médico que declare expressamente ser o requerente portador de enfermidade que resultou na incapacidade permanente para o trabalho, informando ainda a data de início desta incapacidade;

IV - estar ciente da **responsabilidade civil, penal e administrativa pela veracidade das informações prestadas, nos termos dos arts. 4º e 36 da Lei 9784/99.**

_____ de _____ de _____
(Local/Data)

Assinatura Interessado(a)

Check-list de preenchimento obrigatório e exclusivo do Conselho no ato do atendimento

Documentos anexos exigidos pela Legislação vigente:

Comprovação documental da alegação: () Sim () Não

Economista Responsável Técnico por empresa registrada no CORECON: () Sim () Não

Está em dia com as anuidades do CORECON-RJ até o ano de: _____

() Sem remissão dos débitos, com *Termo de Confissão de Dívidas* das anuidades:

() Sem remissão dos débitos, sem parcelamento

() **Com remissão de débito por motivo de:**

() Aposentadoria por invalidez a partir de: ____/____/____

() Enfermidade que implica em incapacidade laborativa absoluta (inc. II) a partir de: ____/____/____

() Aposentados/Reformados isentos do pagamento de IRPF – Lei 7713/88 – art. 6º a partir de:
____/____/____

() **Para Plenária** () **Para Despacho** () **Outros/Especificar:**

Observações: _____

Despacho da Secretária da SEREG:
