



Autuação de Processos

Em ____/____/20____ recebi e
protocolei esta solicitação de **Isenção do
pagamento de anuidade** - o que originou este
processo sob o n.º ____/20____.

Assinatura e carimbo



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE - POR MOTIVO DE DOENÇA

Eu, _____, CRP 09 / _____,
residente à Rua/ Av. _____, Quadra: _____, Lote: _____,
Nº: _____, Complemento: _____, Setor: _____,
Cidade: _____, UF: _____, CEP: _____,
telefone Residencial: () _____ - _____, Comercial: () _____ - _____,
Celular: () _____ - _____, e-mail _____,
venho **requerer** a concessão de isenção do pagamento de anuidade por motivo de doença.

Para tanto, declaro que, conforme laudo pericial em anexo emitido por serviço de saúde oficial () da União / () do Estado / () do Distrito Federal / () do Município, **estou acometido(a)** de _____.

Art. 17- B - Os Conselhos Regionais de Psicologia poderão isentar os psicólogos do pagamento de anuidades aos acometidos de tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), hepatopatia grave e fibrose cística (mucoviscidose), e outras doenças que venham a ser alcançadas pela legislação do imposto de renda. **Resolução CFP nº 003/2007 (alterada pela Resolução CFP nº 008/2008 e 001/2012).**

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo deferimento.

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

Declarante