



REQUERIMENTO DE INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO DE ANUIDADE POR MOTIVO DE DOENÇA

Senhor Presidente do Conselho Regional de Psicologia 2ª Região – CRP02,

Eu,		
CEP:	, telefone Residencial: ()
Comercial: ()	, Celular: ()	,e-mail
	, venho requerer a	concessão de interrupção
	anuidade por motivo de doença.	
Para tanto, declaro qu	ie:	
	ou acometido(a) impedirá meu ex	
provável de//a	a/, confor	me descrito no atestado de
	exo, emitido pelo profissional da á	
	, inscrito n	o Conselho de Classe sob
o número/		
() a doença pela qual e	estive acometido(a) impediu me	eu exercício profissional pelo
	a/, con	-
	exo, emitido pelo profissional da á	
	, inscrito n	
o número/		to Consenio de Classe sob
	·	
D	~ 1 11 .1.	
•	ão da verdade, assumindo int	
declarações acima e pela ve	eracidade dos documentos aprese	entados, sob as penas da lei,
assino o presente documento	e aguardo deferimento.	
	Recife,	dede 20
		-
	Assinatura do(a) Declarante	



DECLARAÇÃO PARA FINS DE INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO DE ANUIDADE

Eu,		,
osicólogo (a), CRP 02/	, solicito a interrupção ter	nporária do pagamento de
anuidade por estar/ter estado impedio	_	
abaixo declarados (especificar o hist		
quais os sintomas, de que forma a do	ença impossibilita as ativida	des loborais, etc.):
Por ser a expressão da	verdade, assumindo inteir	a responsabilidade pelas
declarações acima e pela veracidado		•
assino o presente documento e aguaro		
-		
	Recife,	dede 20
	Assinatura do(a) Declarante	