



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE - POR MOTIVO DE DOENÇA

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

Eu, _____, CRP 02 / _____
_____, residente à Rua/ Av. _____, Nº: _____,
Complemento: _____, Cidade: _____, UF:
_____ CEP: _____, telefone Residencial: () _____ - _____,
Comercial: () _____, Celular: () _____, e-mail _____
_____, venho, por meio deste, **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.

Recife, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Declarante