



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO "A POSTERIORI"/INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DE ANUIDADE(S) (Redação da Resolução CFP nº 08/2023 Art. 17-B) – MOTIVO DOENÇA

..... CRP-12/..... Nome do Solicitante (Legível) Venho, por meio deste, requerer ao Conselho Regional de Psicologia 12ª Região: () isenção (ano em curso) () isenção “à posteriori” (anos anteriores) tendo em vista o acometimento de: () tuberculose ativa, () alienação mental, () esclerose múltipla, () neoplasia maligna, () cegueira, () hanseníase, () paralisia irreversível e incapacitante, () cardiopatia grave, () doença de Parkinson, () Espondiloartrose anquilosante “Espondilite ancilosa”, () nefropatia grave, () estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), () contaminação por radiação, () síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), () hepatopatia grave e fibrose cística (mucoviscidose), () outra(s) doença(s) alcançada(s) pela legislação do imposto de renda. Qual?
Parágrafo único. Para efeito de reconhecimento de isenção, a doença deve ser comprovada mediante laudo pericial emitido por profissional devidamente registrado no CRP ou CRM, deve ser fixado o prazo de validade do laudo pericial psicológico ou médico, no caso de doenças passíveis de controle. (NR) Conforme justificativa apresentada na folha 2 (dois) e documentação anexa. Declaro ter ciência de que a inscrição profissional é condição obrigatória para o uso do título e do registro, bem como para o exercício profissional da Psicologia. Nestes termos, peço deferimento. Data: / /
Ass. Solicitante
DOCUMENTOS FORNECIDOS
() Carteira de Identidade Profissional – CIP (só no caso de isenção do ano em curso) () laudo pericial emitido por serviço de saúde oficial, constatando o prazo de validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle. () Outros documentos.
CAMPO RESERVADO AO CRP-12
Recebi o(s) documento(s) assinalado(s) acima. Data:/...../..... Ass. Responsável



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO "A POSTERIORI"/INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DE ANUIDADE(S) (Redação da Resolução CFP nº 08/2023 Art. 17-B) – MOTIVO DOENÇA

JUSTIFICATIVA

Este pedido se justifica, pois:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Atividades que desempenhava ou desempenho:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Declaro, conforme Art.17 da Resolução CFP nº.003/2007, que cessado o motivo que me impede o exercício da profissão, durante a vigência do prazo concedido, eu, o(a) beneficiário(a) da interrupção de pagamento de anuidade, entrarei em contato com a secretaria deste Conselho Regional de Psicologia para obter orientações quanto a regularização, para reiniciar as minhas atividades de acordo com a Legislação em vigor.

Nestes termos peço deferimento.

.....

Assinatura do solicitante