



**FORMULÁRIO 3**  
**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO "A**  
**POSTERIORI"/INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DE ANUIDADE(S)**  
**- MOTIVO DOENÇA - ART 17-B**

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 ancilosante”, ( ) 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? .....

O Conselho Regional de Psicologia poderá isentar os psicólogos, **nos casos em que houver impossibilidade para o trabalho**, quando acometidos das doenças acima citadas. 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**

( ) Cópia da Carteira de Identidade Profissional – CIP  
( ) 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



**FORMULÁRIO 3**  
**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO "A**  
**POSTERIORI"/INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DE ANUIDADE(S)**  
**– MOTIVO DOENÇA - ART 17-B**

<b>JUSTIFICATIVA</b>
<p>Este pedido se justifica, pois: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Atividades que desempenhava ou desempenho: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Declaro, conforme Art.17 da Resolução CFP nº.03/2007 (alterada pela Res. CFP nº 08/2023), 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 mediante comunicação e pagamento da anuidade, de acordo com a Legislação em vigor.</p> <p>Nestes termos peço deferimento.</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do solicitante</p>

Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina  
Rua Prof. Bayer Filho, 110 - Coqueiros - Florianópolis - CEP 88080-300 - Fone (48) 3244-4826 - [www.crpsc.org.br](http://www.crpsc.org.br)