



CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 09ª REGIÃO - GOIÁS

Av. T-2 Qd. 76 Lt. 18 N 803 - Setor Bueno - CEP 74.210-010 - Goiânia - GO
administracao@crp09.org.br

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, conforme o artigo 17-B da RESOLUÇÃO do Conselho Federal de Psicologia nº 003/2007, descrito abaixo:

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. (NR) **(Redação dada pela Resolução Administrativa/Financeira nº 4/2024)**

Para tanto, declaro que, conforme laudo pericial anexado e emitido por profissional devidamente registrado no CRP ou CRM, eu **estou acometido(a)** de _____

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____.

REQUERENTE
(NOME COMPLETO)