



### Autuação de Processos

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ recebi e  
protocoliei esta solicitação de **Interrupção  
temporária do pagamento de anuidade -  
doença** - o que originou este processo sob o  
n.º \_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo



## REQUERIMENTO DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO 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 interrupção temporária do pagamento de anuidade por motivo de  
doença.

Para tanto, declaro que:

( ) a doença pela qual **estou acometido(a)** impedirá meu exercício profissional pelo prazo provável  
de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conforme descrito no atestado de  
profissional da saúde, em anexo, emitido pelo profissional da área  
\_\_\_\_\_, inscrito no Conselho de Classe sob o número  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

( ) a doença pela qual **estive acometido(a)** impediu meu exercício profissional pelo período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conforme descrito no atestado de  
profissional da saúde, em anexo, emitido pelo profissional da área  
\_\_\_\_\_, inscrito no Conselho de Classe sob o número  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante

