

DADOS PESSOAIS

Nome: _____	CRN Nº: _____
Endereço: _____, nº _____	
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Telefone: () _____ Celular: () _____	
E-mail: _____	

REQUERIMENTO DE DESCONTO/ISENÇÃO DE ANUIDADE

Venho através deste solicitar desconto/isenção em minha anuidade de acordo com a Resolução CFN Nº 734/2022:

- Descontos de 50% do valor normal de minha anuidade:
 - 35 (trinta e cinco) anos de inscrição no sistema CFN/CRN, no exercício seguinte, e devidamente comprovado (alínea b, do Inciso II, do parágrafo único, art. 1º);
 - Aposentado(a), no exercício seguinte, a partir da data do requerimento, aos aposentados que, em inatividade, optem por manter o registro profissional, quando não lhes aplicar o disposto no inciso IV do artigo 1º.
- Dispensa ou isenção da minha anuidade, conforme previstos nos Incisos III e IV, do parágrafo único, art. 1:
 Estou temporariamente incapacitado para o trabalho em razão de moléstia, mal ou acidente. Com a situação devidamente declarada em laudo médico, emitido pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS ou publicação em Diário Oficial, após a solicitação, sem caráter retroativo, e pelo período em que perdurar a incapacidade. Estou ciente que devo comunicar ao CRN, quando ocorrer o retorno às atividades profissionais.

DOCUMENTAÇÃO ANEXO

(conforme assinalado acima)

- Declaração comprovatória dos regionais que tenha sido inscrito;
 - Cópia Simples do comprovante de aposentadoria (extrato INSS);
- Cópia SIMPLES do(s) LAUDO(s) MÉDICO(s) para pedido dos temporariamente incapacitados para o trabalho em razão de moléstia, mal ou acidente;

TERMO DE RESPONSABILIDADE

USO EXCLUSIVO DO FUNCIONÁRIO CRN-10	USO EXCLUSIVO DO REQUERENTE
Declaro que os documentos foram conferidos.	Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas.
OBS: _____	LOCAL-DATA: _____, _____ de _____ de _____.
Recebido em: ____/____/____	
Nº do Protocolo: _____	
_____ ASSINATURA E CARIMBO - FUNCIONÁRIO CRN10	_____ ASSINATURA