

**REQUERIMENTO PARA DISPENSA DA ANUIDADE
(Temporariamente Incapacitados para o Trabalho)**

Eu, _____, inscrito(a) no CRN-3, sob o n.º _____, solicito a dispensa do pagamento da anuidade, a partir do requerimento no CRN. Conforme Resolução CFN nº **734/2022**, Art. 1º. Na fixação dos valores de anuidades observar-se-ão as seguintes regras:

Aos que estiverem temporariamente incapacitados para o trabalho, em razão de moléstia, mal ou acidente, desde que a situação esteja 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:

Nos casos em que o profissional não esteja amparado por regime de previdência própria ou por regime geral da previdência, deverá apresentar laudo médico, que contenha o período do evento, observando a Resolução [CFM nº 2297/2021](#) ou outra que venha substituí-la;

Declaração de veracidade de informações.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura