**ANEXO I**

**REQUERIMENTO**

CPF:  Nº Inscrição:  Categoria(s): 

Nome: 

Pai: 

Mãe: 

Nacionalidade:  Naturalidade:  UF: 

Estado Civil:  Data de Nascimento:  Sexo: ****

Identidade:  Org. Emitente:  Expedida em:  Certificado de Reservista:  Título de Eleitor: 

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA RESIDÊNCIAL

Endereço:  Bairro:  Complemento: 

Cidade:  Estado:  CEP: 

Telefone:   Celular:   E-mail: 

Ocupação / Trabalho / Atividade Profissional Exercida: 

ENDEREÇO COMERCIAL / PROFISSIONAL 

Local: 

Endereço:  Bairro: 

Cidade:  Estado:  CEP: 

Telefone:   Ramal:   Fax: 

O requerente é portador de necessidades especiais? ****

Informe o grau ou nível da deficiência usando o código de Classificação Internacional de Doenças - CID: 

Vem, nos termos da legislação vigente, requerer ao Conselho Regional de Enfermagem se digne conceder-lhe:



Pelo presente, comprometo-me a manter sempre atualizados meus endereços residencial e profissional.



Local e Data:

, Clique ou toque aqui para inserir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

**LAUDO MÉDICO**

Para fins de isenção de anuidades, conforme Resolução Cofen nº 749/2024 e Decisão Coren-RJ nº 1149/2024

**Itens de preenchimento obrigatório.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do Serviço de Saúde** | |
| Instituição: | |
| Município: | UF: |
| Médico: | |
| Especialidade: | CRM: |

**Itens de preenchimento obrigatório.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do Paciente** | |
| Nome: | Sexo: |
| CPF: | Data de Nascimento: |

**Itens de preenchimento obrigatório.**

|  |
| --- |
| **Patologia ou Moléstia grave e incapacitante** |
| **1** – Declaro, sob as penas da Lei, que o(a) paciente acima identificado(a) é potador(a) da(s):  **2 -** Descrição nominal da(s) patologia(s) ou moléstia(s) grave(s) e incapacitante(s)  CID relacionado(s): ; denominada(s) no inciso XIV do art. 6º da Lei 7.713/88 ou no §2º do art. 30 da Lei 9.250/95: |

|  |  |
| --- | --- |
| Doença passível de controle?  Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade do laudo: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Carimbo de Identificação da Instituição | Atesto as informações acima:  Data: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Médico |
| Carimbo do Médico |