



Cofen

Conselho Federal de Enfermagem

ANEXO I

REQUERIMENTO

1 - N° Protocolo: 2 - N° Inscrição:
- Nome:
4 - Pai: 5 - Mãe:
6 - Nacionalidade: 7 - Naturalidade: 8 - UF:

9 - Estado Civil: 10 - Data de Nascimento: 11 - Sexo: Masculino Feminino

12 - CPF: 13 - Identidade: 14 - Org. Emitente: 15 - Expedição em:
16 - Certificado de Reservista: 17 - Título de Eleitor:

Endereço para Correspondência Residencial

18 - Endereço: 19 - Bairro:

20 - Complemento:

21 - Cidade: 22 - Estado: 23 - CEP:
24 - Telefone: 25 - Celular: 26 - E-mail:

Endereço Comercial

28 - Local:
29 - Endereço: 30 - Bairro:
31 - Cidade: 32 - Estado: 33 - CEP:
34 - Telefone: 35 - Ramal: 36 - Fax:

37 - O Requerente é portador de necessidades especiais? Sim Não

38 - Informar 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:

39 - Isenção das anuidades de _____

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

Declaro, sob a penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que os dados lançados foram conferidos por mim.

_____, de _____ de _____

Assinatura do Requerente: _____



Cofen

Conselho Federal de Enfermagem

LAUDO MÉDICO

Para fins de isenção anuidades do Coren, conforme Resolução Cofen nº

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 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 portador(a) da(s):

Descrição nominal da(s) patologias 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:

Moléstia Profissional

Cardiopatia Grave

Tuberculose Ativa

Alienação Mental

Esclerose Múltipla

Nefropatia Grave

Cegueira

Contaminação por Radiação

Fibrose Cística (mucoviscidose)

Hepatopatia Grave

Espondiloartrose Anquilosante

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Paralisia Irreversível e Incapacitante

Hanseníase

Estados Avançados da Doença de Paget

Neoplasia Maligna

Doença de Parkinson

(OsteíteDeformante)

3- Doença passível de controle? Sim Não .

Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade do laudo: ____ / ____ / ____.

Atesto as informações acima:

____ / ____ / ____

Assinatura do Médico

Carimbo de Identificação da Instituição

Carimbo do Médico