

ANEXO I
REQUERIMENTO

1 - Nº Protocolo: 2 - Nº 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: _____

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: <table><tr><td><input type="checkbox"/> Moléstia Profissional</td><td><input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave</td><td><input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alienação Mental</td><td><input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla</td><td><input type="checkbox"/> Nefropatia Grave</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cegueira</td><td><input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação</td><td><input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave</td><td><input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante</td><td><input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante</td><td><input type="checkbox"/> Hanseníase</td><td><input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Parkinson</td><td><input type="checkbox"/> (OsteíteDeformante)</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Moléstia Profissional	<input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave	<input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa	<input type="checkbox"/> Alienação Mental	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla	<input type="checkbox"/> Nefropatia Grave	<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose)	<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave	<input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante	<input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget	<input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> (OsteíteDeformante)
<input type="checkbox"/> Moléstia Profissional	<input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave	<input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa																
<input type="checkbox"/> Alienação Mental	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla	<input type="checkbox"/> Nefropatia Grave																
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose)																
<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave	<input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante	<input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida																
<input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget																
<input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> (OsteíteDeformante)																

3- Doença passível de controle? Sim Não .

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

Carimbo de Identificação da Instituição	Atesto as informações acima: ____ / ____ / ____
	_____ Assinatura do Médico
	Carimbo do Médico