



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL
Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE POR DOENÇA GRAVE

I – IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
(Todos os campos deste formulário são de preenchimento obrigatório, sob pena do indeferimento do pedido)	
Nome:	Nº de inscrição:
CPF:	Telefone: ()
Endereço:	
E-mail:	
☐ Autorizo o envio de resposta, instrução, notificação, ofício, lançamento tributário, lançamento de inscrição em dívida, enfim, quaisquer atos de comunicação efetuados pelo Coren-RS para o e-mail indicado no cadastro e me comprometo a informar qualquer alteração do mesmo.	
II – ESPECIFICAÇÕES DO REQUERIMENTO DE REVISÃO DE DÉBITOS	
O requerente é portador de necessidades especiais? ☐ Sim ☐ Não	
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 isenção das anuidades de: ☐ Enfermeiro ☐ Técnico ☐ Auxiliar	

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

Declaro, sob as penas da Lei (artigo 299 do Código Penal), que as informações acima descritas e os documentos acostados ao presente formulário são verdadeiros, e coloco-me disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários junto ao Coren-RS.

Assinatura: _____ Data: _____

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO
POR DOENÇA GRAVE

PROTOCOLO Nº _____
ASS. ATENDENTE _____