



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

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE REVISÃO DE DÉBITOS

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

Anuidades a serem revisadas:

Especificar as anuidades: _____

Categoria: Enfermeiro Técnico Auxiliar

Motivo da requisição

- Não exercício da profissão no período anterior ao ano 2012.
 Não exercício da profissão no período anterior e posterior ao ano de 2012 em decorrência de se encontrar aposentado(a) por invalidez.
 Portador de doença grave, prevista na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal do Brasil vigente, passível de isentar seu portador do Imposto de Renda (IRPF).
 Outro – especificar: _____

Documentos anexados:

- Cópia de documento de identificação pessoal com foto (do requerente ou de seu representante).
 Cópia da CTPS (folha de rosto, dados pessoais, contratos de trabalho e página seguinte em branco, últimas anotações gerais e página seguinte em branco).
 Certidão (original) de tempo de serviço público.
 Extrato Previdenciário expedido há, no máximo, 60 (sessenta) dias atrás.
 Laudo pericial oficial emitido à época da constituição do crédito.
 Outro – especificar: _____

Deseja requerer o cancelamento da inscrição?*

- Sim
 Não

Categoria que deseja cancelar sua inscrição:

Enfermeiro Técnico Auxiliar

Documentos enviados para realização do cancelamento:

- Carteira profissional; **ou**
 Registro de ocorrência de perda e roubo; **ou**

* Para realização do cancelamento é obrigatória ou a devolução da carteira profissional ou o envio de registro de Boletim de Ocorrência por perda ou roubo.

Declaro que não exerço e não exercerei a profissão relativa a categoria da inscrição que estou requerendo o cancelamento.

_____ (assinatura)

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 REVISÃO DE
DÉBITOS

PROTOCOLO Nº _____
ASS. ATENDENTE _____

Com pedido de cancelamento
 Sem pedido de cancelamento