

Cole aqui  
a foto 3X4  
recente**REQUERIMENTO**

1 - Nº Protocolo:  2 - Nº Inscrição:   
3 - Nome:   
4 - Pai:  5- Mãe:   
6 - Nacionalidade:  7 - Naturalidade:  8 - UF:   
9 - Estado Civil:  10- Data 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- Email:

**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:

- 38 – Suspensão Temporária de Inscrição \_\_\_\_\_  
 39 - Inscrição Definitiva na categoria de \_\_\_\_\_  
 40- Inscrição Secundária na categoria de \_\_\_\_\_  
 41 - Inscrição Remida na categoria de \_\_\_\_\_  
 42 - Cancelamento na categoria de \_\_\_\_\_  
 43 - 2ª via de carteira profissional de identidade \_\_\_\_\_  
 44 - Autorização para executar atividades elementares na área da enfermagem  
 45 - Reinscrição \_\_\_\_\_  
 46 - Transferência para o Conselho Regional de Enfermagem de \_\_\_\_\_  
 47 - Mudança de Categoria para \_\_\_\_\_  
 48 - Outros \_\_\_\_\_

49 - Autorizo enviar meus documentos via Correio com AR  Sim  Não - Assinatura \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

50 - Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_