



## REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM POR TEMPO DETERMINADO

Eu, (NOME SOCIAL), (NOME), portador(a) do Passaporte nº XXX, inscrito na Ordem dos Enfermeiros de Angola sob o nº XXXXX, venho por meio deste requerer ao Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, com base na Decisão Cofen nº XXX/2024, a Autorização do Exercício Profissional da Enfermagem por tempo determinado pelo Programa de Cooperação Técnica Brasil e Angola para Formação de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde.

Estou ciente de que, nos termos do Decisão Cofen nº XXX/2024, o pedido somente será processado após o envio da cópia dos documentos autenticados solicitados neste requerimento.

### Dados pessoais

Nome:  
Filiação:  
Sexo: Gênero: Data de nascimento:  
Passaporte: Raça/Cor: Etnia Indígena:  
Estado Civil:  
Nacionalidade Naturalidade:  
Necessidade Especial:

### Endereço e contatos no Brasil

Endereço:  
Bairro: Cidade: UF: CEP:  
Telefone residencial: ( ) Telefone celular: ( )  
E-mail:

### Formação

Curso: Modalidade do curso:  
Instituição de Ensino Ofertante: ( ) Universidade Federal/Estadual ( ) Hospital Universitário  
Nome da Instituição de Ensino Ofertante:  
Data de conclusão do curso:

### Cópia dos documentos autenticados

Cópia do Passaporte  
Cópia do Diploma de Graduação  
Cópia do registro profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros de Angola (ORDENFA)  
Declaração de vínculo de serviço empregatício do país de origem  
Certidão de antecedentes criminais do país de origem

*As informações e os documentos serão conferidos quanto à sua veracidade e autenticidade, e poderão ser disponibilizados, respeitando as normas contidas na Lei Geral de Proteção de Dados.*

*Declaro e dou fé para todos os fins de direito que as informações prestadas neste formulário de requerimento de Autorização do Exercício Profissional da Enfermagem por tempo determinado são verdadeiras e que resido no endereço supracitado, e que estou inscrito no Programa de Cooperação Técnica Brasil e Angola para Formação de Recursos Humanos em Saúde, sob as penas da lei, estando ciente de que a não veracidade das informações acarretará o indeferimento do pedido.*

CIDADE, XX de mês de 20XX

Assinatura do Requerente