

Formulário direcionado à
Presidência do COREN/MS
(somente será aceito com
escrita legível).



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL
Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE ISENÇÃO DE DÉBITOS

I – IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

(Todos os campos deste formulário são de preenchimento obrigatório, sob pena do indeferimento do pedido)

Nome:

Data de nascimento:

Nº de inscrição:

Nº de CPF:

Endereço:

E-mail:

Telefone: ()

II – ESPECIFICAÇÕES DO REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE DÉBITOS

Anuidades a serem isentas:

Especificar as anuidades: _____

Categoria: Enfermeiro Técnico Auxiliar

Motivo da requisição

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)

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)

Extrato Previdenciário expedido há, no máximo, 60 (sessenta) dias atrás

Laudo pericial oficial ou laudo médico atestando a doença em todos os anos em que esta sendo solicitada a isenção.

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 obrigatório 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/MS.

Assinatura: _____ Data: _____

Com pedido de cancelamento

Sem pedido de cancelamento