

REQUERIMENTO SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO - PESSOA FÍSICA

NOME COMPLETO POR EXTENSO

| |
|--|
| |
|--|

INFORME OS ENDEREÇOS E ASSINALE O DE SUA PREFERÊNCIA PARA CORRESPONDÊNCIA.

ENDEREÇO RESIDENCIAL

| | | | |
|-------------------------|----------------|------------------------|------------|
| ENDEREÇO: | | | Nº: |
| COMPLEMENTO: | BAIRRO: | CEP.: | |
| CIDADE: | | ESTADO: | |
| TELEFONE: () | | CELULAR: () | |
| E-MAIL: | | | |

ENDEREÇO COMERCIAL

| | | | |
|-------------------------|----------------|------------------------|------------|
| ENDEREÇO: | | | Nº: |
| COMPLEMENTO: | BAIRRO: | CEP.: | |
| CIDADE: | | ESTADO: | |
| TELEFONE: () | | CELULAR: () | |
| E-MAIL: | | | |

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| FILIAÇÃO | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| PAI | | | |
| MÃE | | | |
| NACIONALIDADE | NATURALIDADE | UF | |
| RG | ORGAO EXPEDITOR | DATA DE EXPEDIÇÃO | |
| CPF | Nº TITULO ELEITORAL | Nº RESERVISTA | |

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA A SER ANEXADA

| |
|---|
| <p>⊕ REQUERIMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO, DATADO E ASSINADO;</p> <p>⊕ COMPROVANTE DE OCORRÊNCIA DE UMA DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NO ART. 43, I, da RESOLUÇÃO COFECI 327/92;</p> <p>- Caso de Doença Grave: Apresentar atestado médico, comprovante de renda etc;</p> <p>- Exercício de mandato, cargo ou função públicos: Comprovar incompatibilidade com a atividade profissional e informar o período suspenso</p> <p>⊕ CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL PARA AS ANOTAÇÕES DEVIDAS.</p> <p>⊕ COMPROVANTE DE PAGAMENTO DAS TAXAS RESPECTIVAS.</p> |
|---|

LOCAL E DATA

ASSINATURA