



REQUERIMENTO DE CADASTRO – CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMEIRO REQUERENTE:

NOME: _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____ CPF: _____

DADOS DO CONSULTÓRIO:

NOME: _____

SITE ELETRÔNICO: _____

E-MAIL: _____ FONE: _____

LOGRADOURO: _____

NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF _____

DIAS DE ATENDIMENTO: _____

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: _____

REQUERIMENTO:

- REGISTRO DE CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM
 CANCELAMENTO DO REGISTRO DE CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM

DOCUMENTOS ANEXOS

- COMPROVAÇÃO DE SITUAÇÃO FINANCEIRA PERANTE O COREN
 CÓPIA DO COMPROVANTE DE REIDÊNCIA
 CÓPIA DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO

Solicito registro da entidade cujos dados foram informados neste formulário para os fins que dispõe a Resolução Cofen nº 568/2018. Declaro que, em caso de deixar de exercer a atividade no consultório registrado no Conselho Regional de Enfermagem, estou ciente que deverei solicitar o imediato cancelamento.

_____, ____/____/____ _____
Local Data Enfermeiro Requerente Assinatura/Carimbo

OBSERVAÇÕES



INFORMATIVO PARA LIBERAÇÃO DE REGISTRO DE CONSULTORIO DE ENFERMAGEM, conforme Resolução COFEN n.º 568/2018

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Requerimento de cadastro de consultório de enfermagem preenchido e assinado pelo Enfermeiro;
2. Cópia da carteira do COREN do Enfermeiro dentro da validade;
3. Cópia do comprovante de endereço do Enfermeiro;
4. O enfermeiro requerente deverá estar quite com suas obrigações eleitorais junto ao Conselho Regional de Enfermagem, bem como com suas anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito (**Certidão Negativa até o ano vigente**);
5. Cópia do Alvará de funcionamento (**constando como finalidade consultório de enfermagem**);
6. Ofício solicitando a isenção de taxas de consultório de Enfermagem.

Contatos: (085) 3105.7856/7857
E-mail: fiscalizacaocorence89@gmail.com