



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**  
**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**  
Autarquia Federal criada pela Lei n.º 5905/73 / Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros - Genebra



**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) 3105.7856/3105.7857**

**OBS: Solicitamos que os documentos sejam enviados pelo E-mail: [fiscalizacaocorence89@gmail.com](mailto:fiscalizacaocorence89@gmail.com)**