

Requerimento de Cadastro

Consultório de Enfermagem

ENFERMEIRO(A) REQUERENTE

Nome: Nº de Inscrição:

CPF:

DADOS DO CONSULTÓRIO

Nome:

Sítio Eletrônico: Correio Eletrônico:

Telefone: Horário de Atendimento: Dias de Atendimento:

Logradouro: CEP: Número:

Complemento: Bairro: Município:

CNPJ: País: UF:

REQUERIMENTO

- Registro de Consultório de Enfermagem;
 Cancelamento do Registro de Consultório de Enfermagem.

DOCUMENTOS ANEXOS

- Comprovante de situação financeira perante o Coren;
 Cópia do comprovante de residência;
 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