



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARÁ

(Autarquia Federal - Lei 5.905/73) filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros (Genebra-Suíça)

### Requerimento de Registro de Consultório

#### ENFERMEIRO(A) REQUERENTE

Nome:  N° de Inscrição:   
CPF:

#### ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

Nome:  N° 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

Solicito registro da entidade cujos dados foram informados neste formulário para os fins que dispõe as Resoluções Cofen nº 568/2018 e nº 606/2019. Declaro que, em caso de deixar de exercer a responsabilidade / atividade no consultório registrado no Conselho Regional de Enfermagem, estou ciente que deverei solicitar o imediato cancelamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro Requerente  
Assinatura/Carimbo

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro Responsável  
Assinatura/Carimbo

#### OBSERVAÇÕES

##### DOCUMENTOS E REQUISITOS NECESSÁRIOS:

- ( ) Estar regular com o Coren (inscrição ativa e quite financeiramente);
- ( ) Cópia de comprovante de residência;
- ( ) Cópia do Alvará de funcionamento
- ( ) Relação das atividades realizadas