|  |
| --- |
| ENFERMEIRO(A) REQUERENTE |
| Nome:  Nº de Inscrição:  CPF: |
| ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL |
| Nome:  Nº de Inscrição:  CPF: |
| DADOS DO CONSULTÓRIO / CLÍNICA |
| Nome:  Sítio Eletrônico: Correio Eletrônico:  Telefone:Horário de Atendimento: Dias de Atendimento:  Logradouro:  CEP: Número:  Complemento:Bairro:  Município:  CNPJ:País: UF: |
| REQUERIMENTO |

**Requerimento de Cadastro / Registro**

(concessão/revalidação ou cancelamento)

**( ) Consultório de Enfermagem ( ) Clínica de Enfermagem**

REQUISITOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

( ) Estar regular com o Coren (inscrição ativa e quite financeiramente);

( ) Cópia de comprovante de residência;

( ) Cópia do Alvará de funcionamento.

☐Registro de Consultório de Enfermagem ☐Cancelamento do Registro de Consultório de Enfermagem

☐Registro de Clínica de Enfermagem ☐Cancelamento do Registro de Consultório de Enfermagem

**OBSERVAÇÕES**

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 Enfermeiro Responsável

Assinatura/Carimbo Assinatura/Carimbo

☐Comprovante de situação financeira perante o Coren;

☐ Cópia do comprovante de residência;

☐ Cópia do alvará de funcionamento.

**DOCUMENTOS ANEXOS**

**o**