



## CERTIDÃO DE TRANSFERÊNCIA

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de \_\_\_\_\_ **COREN-**\_\_\_\_\_,  
no uso de suas atribuições e atendendo ao que foi requerido por \_\_\_\_\_ (nome do inscrito),  
**CERTIFICA** que o profissional é \_\_\_\_\_ (categoria) ao qual foi concedida Inscrição Definitiva neste  
Órgão no Quadro \_\_\_\_ em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **CERTIFICA**, ainda que seu documento profissional de  
identidade possui número **COREN-**\_\_\_\_\_ e que não consta em seu prontuário qualquer anotação referente  
ao cometimento de infração disciplinar ou ética. **CERTIFICA**, ademais, que o profissional já mencionado está  
quite com suas obrigações pecuniárias para com o **COREN-**\_\_\_\_\_, bem como habilitado ao exercício da  
profissão na área da Enfermagem. Esta Certidão tem prazo de validade de 60 dias. **NADA MAIS**. O referido é  
verdade e dou fé. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (local e data).

---

Presidente