|  |
| --- |
| 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. |

**Requerimento de Cadastro**

**Consultório de Enfermagem**

**DOCUMENTOS ANEXOS**

**o**

**OBSERVAÇÕES**

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**

Comprovante de situação financeira perante o Coren;

Cópia do comprovante de residência;

Cópia do alvará de funcionamento.