



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Requerimento de Cadastro / Consultório de Enfermagem

ENFERMEIRO(A) REQUERENTE

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.

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