



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE
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