



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA
REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM
Resolução Cofen 568/2018 e Resolução Cofen n° 606/2019

Os documentos devem ser encaminhados ao e-mail: corenrocr@gmail.com

Eu, _____
Enfermeiro (a), inscrito (a) sob n.º COREN-RO _____, em
_____/_____/_____ Endereço Residencial: _____
Nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____,
Estado: _____ CEP: _____ - _____, Tel: () _____,
Cel: () _____ E-mail: _____

Venho requerer a V. S.^a

- Registro de Consultório
 Registro de Clínica
 Cancelamento de Registro de Consultório ou Clínica

Dados do consultório :

Nome : _____

CNPJ/CPF: _____
Endereço Comercial: _____
Nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____,
Estado: _____, CEP: _____ - _____, Tel: () _____,
Cel: () _____ E-mail: _____
Dias de Funcionamento: _____
Horário de Funcionamento: _____
Áreas de atuação: _____



Anexo os seguintes documentos:

- Nada consta do profissional requerente;
- Comprovante de endereço;
- 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 e Resolução Cofen nº 606/2019. 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.

_____/RO, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro (a)