



## Requerimento de Cadastro Consultório de Enfermagem

### ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

Nome:   
Nº de Inscrição:  CPF:

### DADOS DO CONSULTÓRIO

Nome:   
Sítio Eletrônico:  Telefone:   
E-mail:  Celular:   
Horário de Atendimento:  Dias de Atendimento:   
Logradouro:  Número:  UF:   
CEP:  Complemento:  Cidade:   
Bairro:  País:   
CNPJ:

### REQUERIMENTO

- Registro de Consultório de Enfermagem;  
 Cancelamento do Registro de Consultório de Enfermagem.

### DOCUMENTOS ANEXOS

- Comprovante de situação financeiro perante o Coren-DF  
 Cópia de 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.

Brasília, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro(a) Requerente  
assinatura e carimbo

### OBSERVAÇÕES

1. Não preencher esse formulário de forma manuscrita.  
2. Enviar o formulário preenchido, assinado, carimbado e com as cópias dos documentos para [rt@coren-df.gov.br](mailto:rt@coren-df.gov.br).