

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS
DE FORMA AUTÔNOMA E/OU LIBERAL

CONTRATANTE

Razão social/Nome:					
Nome Fantasia:		CNPJ/CPF:			
Ramo de Atividade:					
Horário de Funcionamento:		Natureza: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Filantrópica			
Endereço:			Bairro:		
Cidade:		UF:	CEP:	Tel:	Cel:
Site:		E-mail:			

RESPONSÁVEL TÉCNICO
AUTÔNOMO/LIBERAL

Nome:					
Número de inscrição:		CPF:			
Endereço:			Bairro:		
Cidade:		UF:	CEP:	Tel:	
E-mail:			Vigência do contrato:		
Características do serviço prestado:					

REQUERIMENTO

Solicito registro da responsabilidade técnica cujos dados foram informados neste formulário para os fins que dispõe a Resolução Cofen nº 685/2022 e Resolução Cofen nº 509/2016. Declaro que, em caso de deixar de exercer a atividade, estou ciente que deverei solicitar o imediato cancelamento da responsabilidade técnica.

Brasília, ____ / ____ /2022

Enfermeiro(a) requerente
(assinatura e carimbo)

OBSERVAÇÕES

1. Não preencher esse formulário de forma manuscrita.
2. Enviar o **formulário preenchido, assinado, carimbado** com as **cópias dos documentos** para rt@coren-df.gov.br