



# Coren<sup>ES</sup>

Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo  
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

## REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CONSULTÓRIO

### I. *Consultório de Enfermagem:*

Razão Social: \_\_\_\_\_  
Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Dias e Horários de funcionamento: \_\_\_\_\_  
Especialidade e Atividades realizadas: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Emai \_\_\_\_\_

### II. *Enfermeiro Responsável:*

Nome do(a) Enfermeiro(a) \_\_\_\_\_  
Nº Inscrição no COREN-ES: \_\_\_\_\_ . Especialidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado, vem requerer ao Presidente do Coren-ES, nos termos da Resolução Cofen nº 568/2018:

- ( ) A concessão do Registro de Consultório de Enfermagem neste Conselho.  
( ) A renovação do Registro de Consultório de Enfermagem nº \_\_\_\_\_.  
( ) O cancelamento do Registro de Consultório de Enfermagem nº \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Requerente



## Instruções para o preenchimento do Requerimento

### **a) Dados da Empresa/Instituição:**

1.1 Preencher os dados da Empresa/Instituição, indicando, quando for o caso, nome fantasia e a Entidade Mantenedora.

### **b) Enfermeiro Responsável:**

2.1 O nome do Enfermeiro Responsável Técnico, o nº de Inscrição no COREN-ES e demais dados pessoais;

2.2 Assinar o formulário e carimbar, indicando o e-mail pessoal, quando houver.

### **c) Documentos necessários para a concessão da ART:**

3.1 Requerimento para Registro de Consultório de Enfermagem, preenchido, assinado e carimbado pelo enfermeiro requerente;

3.2 Certidão de Regularidade Profissional;

3.3 Cópia simples da comprovante de residência do profissional;

3.4 Alvará de funcionamento.

3.5 Outros documentos, caso solicitado.

### **Documentos necessários ao cancelamento:**

Encaminhar requerimento, assinalando a opção de cancelamento, assinado e carimbado pelo Enfermeiro Responsável.