



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO I – TABELA DE VALORES POR ATIVIDADE

ATIVIDADE	VALOR	OBSERVAÇÕES
Palestra Comissão de Ética	250,00	
Comissão de Instrução	315,00	- Colaborador nível superior (80% de 315,00): 252,00 - Colaborador nível médio (70% de 315,00): 221,00
Conciliação	250,00	
Congresso / Simpósio	500,00	
Conselheiro Ouvidor	250,00	
Coordenador	500,00	(Não podendo ultrapassar 4 representações por mês)
Diretor - Jeton	900,00	(Diretoria 20%)
Gerenciamento Superior	600,00	(Diretoria 20%)
Ingressa Coren	250,00	
Jeton	750,00	
Outros R\$ 500,00	500,00	Devidamente justificado o não enquadramento nas outras atividades.
Palestra	250,00	
Atividades Comissão de Ética	250,00	
Conselheiro Ouvidor - Coordenação	500,00	(Não podendo ultrapassar 4 representações por mês)
Presidência - Jeton	975,00	(Presidente 30%)
Presidência Gerenciamento Superior	650,00	(Presidência 30%)
Processo de Admissibilidade	250,00	
Processo de Desagravo Público	250,00	
Sessão de Desagravo Público	250,00	
Processo Final	500,00	
Colação	250,00	
Capacitação	250,00	
Câmara Técnica	500,00	- Colaborador nível superior (80% de 500,00): 400,00 - Colaborador nível médio (70% de 500,00): 350,00



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO II – REQUISIÇÃO DE AUXÍLIO REPRESENTAÇÃO

1 – Data:		
2 – De:		
3 – Para:		
FAVORECIDO		
4 – Nome:		
5 – CPF:	6 – Cargo:	
7 – DADOS BANCÁRIOS		
Banco	Agência	
Conta	Corrente:	Poupança:
8 – CONTATOS		
Telefone	Celular	
E-mail:	Outros:	
9 – OBJETIVO		
☐ SINDICÂNCIA ☐ REPRESENTAÇÃO ☐ SIMPÓSIO/CONGRESSO ☐ OUTROS		
10 – PORTARIAS / CONVOCATÓRIAS / CONVITES OFICIAIS		
11 – ESPECIFICAR		
12 – LOCAL:		
13 – PERÍODO De ____/____/____ a ____/____/____	14 – QUANTIDADE DE REPRESENTAÇÃO	
15 – DESLOCAMENTO		
☐ AÉREO* ☐ RODOVIÁRIO ☐ PRÓPRIO		
*Em caso de deslocamento aéreo, juntar comprovante da emissão do bilhete aéreo.		
16 – ATIVIDADE REALIZADA NO FINAL DE SEMANA, FERIADO OU EM PERÍODO DIVERSO DO DETERMINADO PELA PORTARIA, CONVOCATÓRIA OU CONVITE OFICIAL		
☐ NÃO ☐ SIM – JUSTIFICATIVA:		
17 – OBSERVAÇÕES		
Declaro e dou fé, para os fins de direito, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, sob as penas da Lei em vigor.		
19 – Requisitante:		
20 – Autorizador:		
*Em caso de deslocamento aéreo, juntar comprovante da emissão do bilhete aéreo.		
Para as situações em que não houver informações colocar N/A – Não se aplica.		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO III – REQUISIÇÃO DE JETON

1 – Data:		
2 – De:		
3 – Para:		
<u>FAVORECIDO</u>		
4 – Nome:		
5 – CPF:	6 – Cargo:	
7 – DADOS BANCÁRIOS		
Banco	Agência	
Conta	Corrente:	Poupança:
8 – CONTATOS		
Telefone	Celular	
E-mail:	Outros:	
9 – OBJETIVO		
☐ REUNIÃO DO PLENÁRIO ☐ REUNIÃO DE DIRETORIA		
10 – PORTARIAS / CONVOCATÓRIAS / CONVITES OFICIAIS		
11 – ESPECIFICAR		
12 – LOCAL:		
13 – PERÍODO De ____/____/____ a ____/____/____	14 – QUANTIDADE DE JETONS	
15 – DESLOCAMENTO		
☐ AÉREO* ☐ RODOVIÁRIO ☐ PRÓPRIO		
*Em caso de deslocamento aéreo, juntar comprovante da emissão do bilhete aéreo.		
16 – ATIVIDADE REALIZADA NO FINAL DE SEMANA, FERIADO OU EM PERÍODO DIVERSO DO DETERMINADO PELA PORTARIA, CONVOCATÓRIA OU CONVITE OFICIAL		
☐ NÃO ☐ SIM – JUSTIFICATIVA:		
17 – OBSERVAÇÕES		
Declaro e dou fé, para os fins de direito, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, sob as penas da Lei em vigor.		
19 – Requiritante:		
20 – Autorizador:		
Para as situações em que não houver informações colocar N/A – Não se aplica.		



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO IV – MODELO DE CONVOCATÓRIA

Membro (s) Convocado (s)	
Cargo/Função/Qualificação Profissional:	
Portaria/Ato Convocação:	
Período:	____/____/____ a ____/____/____
Horário (24h) de início: ____:____h	Horário (24h) de término: ____:____h
Local de realização dos trabalhos:	
Finalidade da atividade:	
São Paulo, ____ de _____ de 20	
_____ Assinatura do Coordenador	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO V – MODELO DE ATO AUTORIZATIVO

IMPRESSO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COM FINS DE REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DE REPRESENTAÇÃO

Nome:	
Cargo:	CPF:
Local de realização das atividades:	
Data de Início: ____/____/____	Data de Término: ____/____/____
Atividades desenvolvidas:	
Instrumento de designação (número da Portaria, Número da Reunião Plenária e outros):	
Finalidade das atividades desenvolvidas:	
Assinatura _____ Nome do Solicitante	Data: ____/____/____
Assinatura _____ Presidente	Data: ____/____/____

*** OBS: Este formulário deve ser utilizado somente na impossibilidade de comprovação de realização de atividades por meio de instrumentos convocatórios.**



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

ANEXO VI – MODELO DE RELATÓRIO DAS AÇÕES EMPREENDIDAS

Nome:

Cargo/Função/Qualificação Profissional:

INSTITUIÇÕES VISITADAS:

Objetivo:

ATIVIDADES

DATA	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Relacionar documentos que comprovem a participação q execução da atividade

Data:

Assinatura do Responsável:

Para as situações em que não houver informações colocar N /A – Não se aplica.