



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MARANHÃO
Criado pela Lei nº 5.905/73
FISCALIZAÇÃO

**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE
CONSULTÓRIOS DE ENFERMAGEM**

ENFERMEIRO REQUERENTE

Nome: _____

Nº de Inscrição: _____ CPF: _____

DADOS DO CONSULTÓRIO

Razão social: _____ CNPJ: _____

Nome fantasia: _____ Tel: _____

Endereço (Rua, Nº, Bairro): _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____

Horário de atendimento: _____

Dias de atendimento: _____

Possui apenas profissionais de enfermagem: () Sim () Não

Quantidade de Profissionais de Enfermagem: _____

REQUERIMENTO

- Registro do Consultório de Enfermagem
- Alteração de dados cadastrais (descrever **alteração desejada**: _____)

Solicito registro da entidade/ alteração de dados cadastrais cujos dados foram informados neste formulário para os fins que dispõe a Resolução Cofen nº 568/201. 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.

_____, _____ de _____ de _____

Enfermeiro Requerente
(Assinatura e carimbo)

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Atentar para as informações no verso deste requerimento.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MARANHÃO
Criado pela Lei nº 5.905/73
FISCALIZAÇÃO

A documentação para **Registro de Consultório**, preferencialmente, deverá ser enviada ao email rte@corenma.gov.br. Também poderá ser entregue no Departamento de Fiscalização do Coren-MA.

1ª ANOTAÇÃO/RENOVAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">➤ Requerimento para Registro de Consultório preenchido e assinado;➤ Cópia do Alvará de funcionamento do consultório;➤ Cópia da carteira do Coren-MA dentro da validade;➤ Cópia do comprovante de endereço do consultório; <p>Observação: O enfermeiro RT requerente deverá estar quite com suas anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito.</p>
ALTERAÇÃO DE DADOS
<ul style="list-style-type: none">➤ Requerimento para Registro de Consultório preenchido e assinado;➤ Cópia do(s) Instrumento(s) de Alteração. <p>Observação: A data da validade da Certidão permanecerá a mesma da Anotação.</p>
OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none">➤ Somente será aceita solicitação de registro de consultório diante de toda a documentação exigida;➤ O Registro de Consultório deverá ser renovado a cada 05 anos e a revalidação deverá ser requerida 06 meses antes do seu término. O Coren-MA declarará caducidade do registro cuja revalidação não houver sido requerida tempestivamente;➤ O prazo para análise e liberação do Registro de Consultório será de 30 dias.➤ O Consultório de Enfermagem está obrigado a manter registro no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição sobre a região do respectivo funcionamento, como consultório para atendimento exclusivo da própria demanda;➤ É permitida a utilização do Consultório de Enfermagem por mais de um profissional, desde que as atividades de cada um não estejam, necessariamente, vinculadas ou condicionadas, sob qualquer aspecto, a dos demais;➤ O registro de Consultório de Enfermagem é isento do pagamento de anuidades e emolumentos, e obriga o enfermeiro a estar quite com sua situação financeira e cadastral;➤ O enfermeiro de consultório coletivo responde solidariamente com os demais pela utilização indevida do local;➤ O cancelamento do Registro de Consultório é processado pelo Conselho Regional de Enfermagem;➤ O enfermeiro que deixar de exercer a atividade no consultório registrado no Conselho Regional deverá solicitar o imediato cancelamento do registro de consultório, isento de cobrança, visando resguardar a sua integridade profissional.➤ O Coren-MA encaminhará ao profissional requerente, via e-mail, a Certidão de Registro de Consultório.
<p>Base Legal: Lei nº 7.498, Decreto nº 94.406, Resoluções COFEN 568/18 e 606/19.</p>