



Uso exclusivo do Coren-AP

Inst.: _____

RE: _____

Conselho Regional de Enfermagem do Amapá REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

Empresa/Instituição

Razão Social:	_____	CNPJ:	_____
Nome Fantasia:	_____		
Endereço:	_____	Bairro:	_____
Cidade:	_____	CEP:	_____
		Tel:	_____
		Tel 2:	_____
E-mail:	_____	E-mail Secundário:	_____
Natureza:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Filantrópica		
Ramo de Atividade Principal:	_____		
Ramo de Atividade Secundária:	_____		
Empresa:	<input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial no estado de SP	Capital/Patrimônio Social:	R\$ _____
Entidade Mantenedora:	_____	CNPJ:	_____

Representante legal da Empresa/Instituição

Sócio A:

Nome:	_____	Formação:	_____
Cargo:	_____	Bairro:	_____
Endereço:	_____	Tel:	_____
Cidade:	_____	CEP:	_____
		Tel 2:	_____
E-mail:	_____	E-mail Secundário:	_____

Sócio B:

Nome:	_____	Formação:	_____
Cargo:	_____	Bairro:	_____
Endereço:	_____	Tel:	_____
Cidade:	_____	CEP:	_____
		Tel 2:	_____
E-mail:	_____	E-mail Secundário:	_____

O abaixo-assinado, representante legal da Empresa/Instituição acima qualificada, vêm mui respeitosamente requerer desse COREN-AP, nos termos do disposto na Lei nº 6.839, de 30 de Outubro de 1980 e nas Normas baixadas pelas Resoluções COFEN - 62/73/95 e 233, alteradas pela Resolução COFEN-255/2001:

Concessão de Registro de Empresa

Alteração de Registro de Empresa /Motivo: _____

Cancelamento de Registro de Empresa /Motivo: _____

Atenção: O Certificado de Registro de Empresa será emitido somente em caso de Responsabilidade Técnica ativa

Declaramos, sob as penas de lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Termos em que, peço Deferimento.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal

Conferência dos documentos (uso exclusivo de funcionários do Coren-AP)

Avaliador: _____ Data: ____/____/____