|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dados da Empresa** | | | | | | | | | | | |  |
| Razão Social: | |  | | | | | | | | | |  |
| Nome Fantasia: | |  | | | | Cnes: | | |  | | |  |
| CNPJ: | |  | | | | Ramo: Matriz  Filial | | | | | |  |
| Natureza Jurídica | |  | | | | | | | | | |  |
| Atividade Econômica Principal (Cnae) | | |  | | | | | | | | |  |
| Capital Social (Valor R$): | | | |  | | | | | | | |  |
| Endereço: |  |  | | | | | | | | | |  |
| Bairro |  | | | | Cidade/UF: |  | | | | | |  |
| Fone 1: |  | | | | Fone 2: | |  | | | | |  |
| E-mail: |  | | | | Horário de Funcionamento | | | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 1. **Dados do Representante Legal** | | | | | | | | | | | |  |
| Nome Completo: | |  | | | | | | | | | |  |
| CPF: |  | | | | Cargo: | |  | | | | |  |
| Endereço: |  |  | | | | | | | | | |  |
| Bairro |  | | | | Cidade/UF: |  | | | | | |  |
| Fone 1: |  | | | | Fone 2: | |  | | | | |  |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 1. **Dados dos Sócios da Empresa** | | | | | | | | | | | |  |
| **Sócio 1 --  O mesmo Representante legal** | | | | | | | | | | | |  |
| CPF: |  | | | | Cargo: | |  | | | | |  |
| Endereço: |  |  | | | | | | | | | |  |
| Bairro |  | | | | Cidade/UF: |  | | | | | |  |
| Fone 1: |  | | | | Fone 2: | |  | | | | |  |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |
| **Sócio 2** |  | | | | | | | | | | |  |
| CPF: |  | | | | Cargo: | |  | | | | |  |
| Endereço: |  |  | | | | | | | | | |  |
| Bairro |  | | | | Cidade/UF: |  | | | | | |  |
| Fone 1: |  | | | | Fone 2: | |  | | | | |  |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 1. **Dados do Enfermeiro Responsável Técnico** | | | | | | | | | | | |  |
| Enfermeiro Responsável Técnico | | |  |  | | | | | | | |  |
| Nº do Coren | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| Endereço: |  |  | | | | | | | | | |  |
| Bairro |  | | | | Cidade/UF: |  | | | | | |  |
| Fone 1: |  | | | | Fone 2: | |  | | | | |  |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
| 1. **Motivo do Requerimento** | | | | | | | | | | | |  |
| O Representante Legal da empresa acima qualificada, nos termos do disposto na Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980 e Resolução COFEN nº 721/2023, vem **REQUERER** junto ao COREN-ES:  Concessão do Registro de Empresa neste Conselho  Renovação do Registro de Empresa  Suspensão do Registro de Empresa por 12 (doze) meses  Reativação do Registro de Empresa  Cancelamento do Registro de Empresa  \*\*\*É Clínica de Enfermagem? **(Resolução COFEN Nº 568/2018 e Decisão Coren-ES Nº 001/2019)**  Sim (necessário cópia do Alvará de funcionamento)  Não | | | | | | | | | | | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Carimbo e Assinatura do Representante Legal**