



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ
Autarquia Federal criada pela Lei n.º 5905/73 / Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros - Genebra



REGISTRO DE EMPRESA N.º _____

I – EMPRESA: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

REALIDADE OU NATUREZA DA EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO/LOCAL/FONE: _____

II – RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA INSTITUIÇÃO:

NOME: _____

COREN N.º _____ SITUAÇÃO: _____

END. RESIDENCIAL (RUA/BAIRRO/CIDADE/FONE): _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

III – ATIVIDADES (Descrever):

IV – AS ATIVIDADES SÃO DESENVOLVIDAS NOS SEGUINTE TURNOS:

O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL RESIDE NO MUNICÍPIO ONDE ESTÁ SITUADO O LOCAL DE TRABALHO? _____

(ANEXAR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA).

_____ de _____ de 20_____.

ASS. DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA EMPRESA



**Conselho Federal de Enfermagem
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará**

Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

_____ / _____	_____ / _____	
Nome da Empresa	Razão Social	
_____ / _____	_____ / _____	
CNPJ N.º ou Equivalente	Endereço – Rua N.º	
_____ / _____ / _____	_____ / _____	
Bairro	Cidade	Telefone
_____ / _____	_____ / _____	
Home Page	Emails	

Solicita a V.Sa., o Registro de Empresa acima identificada neste Conselho, baseado nos termos da Lei n.º 6.839/80 e Resolução COFEN n.º 255/2001, para o que anexa o formulário, devidamente preenchido e acompanhado da documentação exigida.

Termos em que,
Pede deferimento.

_____ de _____ de _____.

(Assinatura do Responsável Legal da Empresa)