|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Requerimento de Cancelamento de Registro de Empresa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I - Empresa / Instituição** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: |  | | | | | | | | | | | | Natureza Jurídica: | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| Endereço: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP: | | | | | |  | | |
| Bairro: | | | | |  | | | | | | | | | | Cidade: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Estado: | | | | | |  |
| Ent. Mantenedora/OS: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CNPJ: | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II - Enfermeiro Responsável Técnico (RT)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do(a) Enfermeiro(a) RT: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COREN-RJ nº | | | | | | | | | -ENF | | | | | | | | CPF: |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| Email: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefone: | | | | | (  )      ; (  ) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III - Representante Legal da Empresa/Instituição** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cargo: | | | | | |  | | | | | | | |
| Formação: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | CPF: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | | | | | | | (  )      ; (  ) | | | | | | | | | | | | | | | | Email: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV – Registro de Empresa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RE nº: | | | | / | | | | | | | |  | | | | | | | | | Valido até: | | | /    / | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V - Requerimento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A(o) Ilmo(a) Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro,  O abaixo assinado, vem mui respeitosamente requerer ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, nos termos do disposto na Resolução COFEN 255/2001, o cancelamento do Registro de Empresa pelas seguintes razões: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mudança das atividades da empresa(objeto social); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encerramento das atividades e/ou falência da empresa; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros. Especificar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro ainda que: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estou devolvendo a via original do Registro de Empresa; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não estou em posse da via original do Registro de Empresa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nestes termos, peço deferimento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (município), 20 de maio de 2015. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ass. e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) RT | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Ass. e Carimbo do(a) Representante Legal da Empresa | | | | | | | | | | |