### REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO REGISTRO DE EMPRESA

|  |
| --- |
| Empresa / Instituição |
| Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| CNPJ: Natureza Jurídica:Escolher um item. |
| Capital Social: Ramo de Atividades:Escolher um item. |
| Estabelecimento: Escolher um item. Possui outra filial ou sucursal no TO:Escolher um item. |
| Endereço: CEP: - |
| Bairro:Cidade: UF: |
| E-mail:Telefone: () |
| Dias da Semana: Horário de Funcionamento: as  h |
| Ent Mantenedora / OS: CNPJ: |

|  |
| --- |
| Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) |
| Nome Completo do(a) Enf RT: |
| N° Inscrição:  CPF: |
| E-mail:Telefone: () |
| Dias da Semana:  Horário de Trabalho:  as  h |
| Carga Horária Total Semanal:  h CRT n°:  /  Validade: // |

|  |
| --- |
| Representante Legal da Empresa / Instituição |
| Nome Completo: CPF: |
| Formação: Cargo: |
| E-mail:Telefone: () |

Registro da Empresa no Coren

RE n°:  /  Validade: //

Ilmo(a) Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins,

O abaixo assinado, vem mui respeitosamente requerer ao Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins, nos termos da Resolução COFEN 255/2001, **O CANCELAMENTO** do registro de empresa pelas seguintes razões:

Escolha uma Opção: Escolha um ítem

Outros (especificar): 

Declaro ainda que: Escolha um ítem

Palmas - TO, Clique ou toque aqui para inserir uma data.

Ass. e carimbo do (a) Enfermeiro (a) RT Ass. e carimbo do (a) Representante Legal