

## REGISTRO DE EMPRESA

### INFORMAÇÃO IMPORTANTE:

**Cancelamento RE:** conforme previsto na Resolução Cofen n.º 255/01, art. 20, seção V, capítulo V, pode ser efetuado nos seguintes casos:

- I – mudança de classe;
- II – encerramento das atividades;
- III – penalidade;
- IV – falência de empresa.

Para que ocorra, exceto no caso do item III, deve a Empresa encaminhar requerimento devidamente preenchido, acompanhado dos documentos discriminados abaixo.

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

#### No item 1. Ramo de atividade:

- a. Serviços de Assistência à Saúde (Clínica de Enfermagem, Consultório de Enfermagem, Etc);
- b. Consultoria de Enfermagem;
- c. Auditoria;
- d. Ensino;
- e. Outros (especificar).

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CANCELAMENTO DO REGISTRO

#### ENCAMINHAR:

1. Requerimento solicitando o cancelamento e expondo o motivo;
2. Cópia do Distrato Social ou instrumento de dissolução da empresa ou filial com registro em repartição competente;
3. Devolução do Certificado de Registro de Empresa original, quando vigente;
4. Comprovação de quitação dos encargos financeiros junto ao Coren-BA.

Obs: Se o pedido de cancelamento de registro for protocolizado até 31 de março, a pessoa jurídica ficará isenta do pagamento da anuidade do exercício vigente. Após essa data, deverá efetuar o pagamento da anuidade proporcional aos meses transcorridos no exercício.

**FONTE: Resolução COFEN n.º 255/2001**



# Coren<sup>BA</sup>

Conselho Regional de Enfermagem da Bahia

## REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DO REGISTRO DE EMPRESA

### 1. EMPRESA/INSTITUIÇÃO REQUERENTE:

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Entidade Mantenedora: \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_

Natureza: Privada ( ) Pública ( ) Filantrópica ( )

Outra ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

### 2. RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nome do Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Coren-BA n.º: \_\_\_\_\_

Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Setor de Serviço/Unidade/Dpto.: \_\_\_\_\_

Horário Trabalho: Manhã ( ) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Tarde ( ) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Noite ( ) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Dias da semana: \_\_\_\_\_ Total horas semanais: \_\_\_\_\_

**O Representante Legal da Instituição, vem requerer à Presidência deste Conselho, o Cancelamento do Registro de Empresa – RE.**

Motivo do cancelamento:

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

Assino o presente requerimento com o compromisso de serem verdadeiras às informações por mim prestadas e prontifico-me a comunicar imediatamente, por escrito, ao Coren-BA, caso ocorram quaisquer alterações. Esta é a expressão da verdade e por isso, firmo o presente documento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável legal