



# Coren<sup>RO</sup>

Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia

*Agregar para Avançar*

## REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA

### 1. Empresa/Instituição/Ensino:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ N° Alvará Prefeitura: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_,

Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Tel: ( ) \_\_\_\_\_, Cel: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Entidade Mantenedora: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

Natureza: Privada ( ) Pública ( ) Filantrópica ( ) Outra ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

### 2. Representante Legal da Empresa/Instituição

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

### Vem requerer de V. S.<sup>a</sup> que designe conceder:

( ) Dispensa do pagamento das taxas de Anotação/Renovação de Responsabilidade Técnica do Serviço de Enfermagem.

\* Anexar comprovação de filantropia.

Termos em que pede o deferimento.

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

\_\_\_\_\_



Assinatura e carimbo do Representante Legal