



Conselho Regional de
Nutricionistas 7ª Região
AC-AP-AM-PA-RO-RR

Protocolo nº ____/____/____
Data: ____/____/____
_____ Funcionário

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO POR ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES

_____, inscrito no CNPJ: _____, inscrita no CRN-7 sob o nº _____, vem através deste, requerer a esse CRN - 7ª Região o **CANCELAMENTO DE REGISTRO** por motivo de **ENCERRAMENTO** das Atividades da Empresa conforme documento(s) comprobatório(s) anexo.

E-mail para envio de confirmação de Cancelamento: _____

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Representante legal da Empresa

RELATO (para uso exclusivo do CRN-7)	
Situação:	
<input type="checkbox"/> Deferido	<input type="checkbox"/> Apresenta Débitos
<input type="checkbox"/> CRQ Vencida	<input type="checkbox"/> Indeferido
_____, _____ de _____ de _____. Local e Data	_____ Fiscal