



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL**  
**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE EMPRESA**

Nome da Empresa:

Endereço:

Cidade:  CEP:  UF:

Registro de Empresa N°:  Telefone:

Nome do(a) Enfermeiro(a):  Insc. COREN-DF:

Endereço Residencial:

Cidade:  CEP:  UF:

Motivo do cancelamento:

**Requer a V. Sa, processar o cancelamento do REGISTRO DE EMPRESA, para o que anexa a documentação solicitada.**

**Nestes termos, pede-se deferimento.**

Reservado para uso do COREN-DF

Protocolo N°.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Servidor Coren-DF

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do representante legal da empresa