

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE EMPRESA

Nome da Empresa:

Endereço:

Cidade: **CEP:** **UF:**

Registro de Empresa Nº: **Telefone:**

Nome do(a) Enfermeiro(a): **Insc. COREN-GO:**

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-GO

Protocolo Nº.: _____ Data: __/__/__

Servidor Coren-GO

Goiânia, ____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do representante legal da empresa