### REQUERIMENTO DE CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM

|  |
| --- |
| ENFERMEIRO(A) REQUERENTE |
| NOME COMPLETO: |
| Nº INSCRIÇÃO COREN-TO: CPF: |
| DADOS DO CONSULTÓRIO |
| RAZÃO SOCIAL: |
| NOME FANTASIA: |
| SITE: E-MAIL: |
| TELEFONE: () |
| LOGRADOURO: |
| Nº:  COMPLEMENTO: |
| CEP: - BAIRRO: |
| MUNICÍPIO: UF: |
| CNPJ: |
| HORÁRIO DE ATENDIMENTO:  AS  HORAS |
| DIAS DE ATENDIMENTO: |

Ilmo(a) Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins,

O abaixo assinado Enfermeiro(a) do consultório acima qualificado vem mui respeitosamente requerer ao Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins, nos termos da Resolução COFEN 568/2018:

Escolha um Requerimento: Cancelamento de Consultório de Enfermagem

Palmas - TO, Clique ou toque aqui para inserir uma data.

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

Assinatura e carimbo do Enfermeiro Requerente