

## Requerimento de Cadastro Consultório de Enfermagem

### ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

Nome:  N° de Inscrição:

### DADOS DO CONSULTÓRIO

Nome:

Sítio Eletrônico:  Correo Eletrônico:

Telefone:  Horário de Atendimento:  Dias de Atendimento:

Logradouro:  CEP:  Número:

Complemento:  Bairro:  Município:

CNPJ:  País:  UF:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local                      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente

Rua José Bonifácio, 62 – Madalena – Recife-PE – CEP: 50.710-435

Fone: 3412-4100

[www.coren-pe.gov.br](http://www.coren-pe.gov.br) - [presidencia@coren-pe.gov.br](mailto:presidencia@coren-pe.gov.br)