# REQUERIMENTO EXTERNO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Requerente** | | | | | |
| **CPF** | | | **Data de Nascimento** | | / / |
| **Fone** | | **E-mail** | | | |
| **Endereço** | | | | | |
| **Bairro** | | **Cidade** | | **UF** | |
| **Profissional de Enfermagem?** | ◯ Sim ◯ Não | | | | |
| **Se sim, qual a sua categoria?** | ◯ Enfermeiro(a) ◯ Téc. Enfermagem ◯ Aux. Enfermagem | | | | |
| **Se não, qual a sua ocupação?** | | | | | |
| **Assunto** | | | | | |

| **Solicitação** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| * OBS: Em caso de solicitação de restituição de pagamentos, informar os seguintes dados:<br>Banco: Conta: Agência:<br>Tipo de conta: ◯ Corrente ◯ Poupança |
| Local: Data: / / Assinatura: |

| **ANÁLISE DO PRESIDENTE** | |
|---|---|
| ○ Deferido ○ Indeferido ○ Encaminhado<br>**Encaminhamento:** | |
| ○ Para decidir | ○ Para informar |
| ○ Para os fins | ○ Minutar resposta |
| ○ Para conhecimento | ○ Para cumprimentar |
| ○ Encaminhar parecer | ○ Para arquivar |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Data: / / Assinatura: | |



Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI
CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69
Fone: (86) 3122-9999 – Site: www.coren-pi.org.br
E-mail: protocolo@coren-pi.org.br