



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXXXX

TERMO DE REGISTRO Impresso em: DD/MM/AAAA às HH:MM:SS

A inscrição definitiva de NOME SOCIAL, NOME CIVIL, CPF XXX.XXX.XXX-XX, foi registrada no sistema Cofen/Coren de acordo com os dados abaixo especificados:

DADOS DE REGISTRO DO TÍTULO

Categoria: XXXXXXXX

Nº de registro: XXXXX

Data: DD/MM/AAAA