MODELO DE TERMO DE JUSTIFICATIVA



**Divisão de Auditoria Interna**

**UNIDADE AUDITADA : Conselho Regional de Enfermagem**

**CIDADE :**

**Termo de Devolução Nº**

ESCOPO:

QUANTIDADE DE VOLUMES

NUMERAÇÃO DE PROTOCOLOS ENCAMINHADOS

1.

2.

3.

Recebi em:

Localidade, (data)

Assinatura

Nome:

Matrícula