**REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO (ERT)**

1. **Empresa/Instituição/Organização**

Razão Social: Nome Fantasia: Horário de funcionamento: CNES:(se houver) CNPJ: Endereço: N°:

Bairro: Complemento: CEP: Município: UF: Telefone: - E-mail: NaturezaJurídica:()Pública()Privada()Filantrópica()Beneficente()Cooperativa()Outros:

1. **Enfermeiro Requerente:**

Nome: N° do Coren-(): -ENF

Endereço:

Local/Setor/Unidade onde exerce a função de RT:

Horário de Trabalho: Carga horária semanal:

Telefone: - E-mail:

1. **Outros Vínculos:** (Caso tenha outros vínculos preencha os campos abaixo)
   1. Razão Social: Nome Fantasia: Horário de Trabalho: Carga horária semanal:
   2. Razão Social: Nome Fantasia: Horário de Trabalho: Carga horária semanal:
2. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**

Nome Completo:

Cargo:

1. **Motivação da Anotação de Responsabilidade Técnica:** (Conforme Resolução Cofen nº xxx/xxxx, art. 7º, §1º, § 2º e§ 3º)

() –Gestão Assistencial

() –Gestão de Área Técnica

() –Gestão de Ensino/Formação

Requera Concessão da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável Técnico

Local:

Data: / / Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Requerente

Assinatura/Carimbo do Represente Legal da Empresa/Instituição/Organização

**REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVELTÉCNICO (ERT)**

1. **Empresa/Instituição/Organização**

Razão Social: Nome Fantasia: Horário de funcionamento: CNES:(se houver) CNPJ: Endereço: N°:

Bairro: Complemento: CEP: Município: UF: Telefone: - E-mail: NaturezaJurídica:()Pública()Privada()Filantrópica()Beneficente()Cooperativa()Outros:

1. **Enfermeiro Responsável Técnico:**

Nome: N°doCoren-(): -ENF

Endereço:

Local/Setor/Unidade onde exerce a função de RT:

Horário de Trabalho: Carga horária semanal:

Telefone: - E-mail:

1. **Outros Vínculos:** (Caso tenha outros vínculos preencha os campos abaixo)
   1. Razão Social: Nome Fantasia: Horário de Trabalho: Carga horária semanal:
   2. Razão Social: Nome Fantasia: Horário de Trabalho: Carga horária semanal:
2. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**

Nome Completo:

Cargo:

1. **Motivação da Anotação de Responsabilidade Técnica:** (Conforme Resolução Cofen nº xxx/xxxx, art. 7º, §1º,§ 2º e§ 3º, mantendo a motivação anterior da ART)

() –Gestão Assistencial

() –Gestão de Área Técnica

() –Gestão de Ensino/Formação

Requer a Renovação da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável Técnico

Local:

Data: / / Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Responsável Técnico

Assinatura/Carimbo do Representante Legal da Empresa/Instituição/ Organização

**REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO (ERT)**

1. **Empresa/Instituição/Organização:**

Razão Social: CNES:(se houver)

Nome Fantasia: CNPJ:

1. **Enfermeiro Responsável Técnico:**

Nome: N° do Coren-(): -ENF

1. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**

Nome Completo:

Cargo:

1. **Motivo da Solicitação do Requerimento:**

Requero Cancelamento da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável Técnico

Local:

Data: / / Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Responsável Técnico ou

Representante Legal

**REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO AUTÔNOMO E/OU LIBERAL**

1. **Empresa/Instituição/Organização:**(contratante)

Razão Social: Nome Fantasia: Horário de funcionamento: CNES:(se houver) CNPJ: Endereço: N°:

Bairro: Complemento: CEP: Município: UF: Telefone: - E-mail: NaturezaJurídica:()Pública()Privada()Filantrópica()Beneficente()Cooperativa()Outros:

1. **Enfermeiro Autônomo e/ou Liberal Requerente:** (contratado pessoa física)

Nome: N°doCoren-(): -ENF

Endereço: Telefone: - E-mail: CPF:

Denominação da Área Técnica:

( ) Elaboração de Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde( ) Programa de Limpeza e Higienização

( ) Auditoria de Enfermagem ( )

Equipamentos

( ) Materiais e Insumos Médico-

Hospitalares

( ) Consultoria de Enfermagem em geral

( )Outro:Especificar

1. **Enfermeiro Autônomo e/ou Liberal Requerente:** (contratado pessoa jurídica)

Razão Social: Nome Fantasia: CNPJ: Endereço: Telefone: - E-mail:

Denominação da Área Técnica:

( ) Elaboração de Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ( ) Programa de Limpeza e Higienização

( ) Auditoria de Enfermagem ( )

Equipamentos

( ) Materiais e Insumos Médico- hospitalares ( ) Consultoria de Enfermagem em geral

( )Outro:Especificar

1. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**(contratante)

Nome: Cargo:

Requer a Concessão da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável

Técnico Autônomo e/ou Liberal

Local:

Data: / / Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Autônomo e/ou

Liberal Requerente

Assinatura/Carimbo do Represente

Legal da Empresa/Instituição/Organização

IDENTIDADE VISUAL DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

**REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO AUTÔNOMO E/OU LIBERAL**

1. **Empresa/Instituição/Organização:**(contratante)

Razão Social: CNES:(se houver)

Nome Fantasia:

CNPJ: Ramo de atividade:

Horário de funcionamento: Endereço:

N°: Bairro:

Complemento: CEP: Município:

UF: Telefone: - E-mail: Natureza:()Pública()Privada()Filantrópica()Beneficente()Cooperativa()Outros:

1. **Enfermeiro Responsável Técnico Autônomo e/ou Liberal Pessoa Física:**(contratado pessoa física)

Nome: N° do Coren-(): -ENF

Endereço: Telefone: - E-mail: CPF:

Denominação da Área Técnica:

( ) Elaboração de Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ( ) Programa de Limpeza e Higienização

( ) Auditoria de Enfermagem ( )

Equipamentos

( ) Materiais e Insumos Médico- hospitalares ( ) Consultoria de Enfermagem em geral

( ) Outro:Especificar

1. **Enfermeiro Responsável Técnico Autônomo e/ou Liberal Requerente:** (contratado pessoa jurídica) Razão Social: Nome Fantasia: CNPJ: Endereço: Telefone: - E-mail:

Denominação da Área Técnica:

( ) Elaboração de Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ( ) Programa de Limpeza e Higienização

( ) Auditoria de Enfermagem ( )

Equipamentos

( ) Materiais e Insumos Médico- hospitalares ( ) Consultoria de Enfermagem em geral

( )Outro:Especificar

1. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**

Nome: Cargo:

Requer a Renovação da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável

Técnico Autônomo e/ou Liberal

Local:

Data: / / Assinatura/Carimbo do Enfermeiro

Responsável Técnico Aut. e/ou Lib.

Assinatura/Carimbo do Representante Legal da Empresa/Instituição/Orga.

**REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO AUTÔNOMO E/OU LIBERAL**

1. **Empresa/Instituição/Organização:**(contratante)

Razão Social: CNES:(se houver)

Nome Fantasia: CNPJ:

1. **Enfermeiro Responsável Técnico Autônomo e/ou Liberal:**(contratado pessoa física)

Nome: N° do Coren-(): -ENF

1. **EnfermeiroResponsávelTécnicoAutônomoe/ouLiberal:**(contratadopessoajurídica)

Razão Social: Nome Fantasia: CNPJ:

1. **Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:**

Nome: Cargo:

1. **Motivo da Solicitação do Requerimento:**

Requer o Cancelamento da Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro Responsável Técnico Autônomo e/ou Liberal

Local: Assinatura/Carimbo do Enfermeiro

Data: / /

Responsável Técnico Autônomo e/ou Liberal ou Representante Legal

**TERMO DE CANCELAMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO (ERT)**

Declaro que o (a) Dr(a).\_

,inscrito no Coren –XX com o número -ENF, exerceu a Responsabilidade Técnica do serviço de Enfermagem da empresa/instituição/organização

, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) de número \_,no período de XX de XXXXX de XXXX, conforme concessão da Certidão de Responsabilidade Técnica, até o dia XX de XXXXX de XXXX, conforme solicitação protocolada neste regional.

-(), de de .

Presidente do Coren-XX

**TERMO DE CANCELAMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO AUTÔNOMO E/OU LIBERAL PESSOA**

**FÍSICA**

Declaro que o(a) Dr(a).\_

,inscrito no Coren-XX com o número -ENF, exerceu a Responsabilidade Técnica de Enfermagem na área técnica de da empresa/instituição/organização

,Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) de número \_,no período de XX de XXXXX de XXXX, conforme concessão da Certidão de Responsabilidade Técnica, até o dia XX de XXXXX de XXXX, conforme solicitação protocolada neste regional.

-(), de de .

Presidente do Coren-XX

**TERMO DE CANCELAMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO AUTÔNOMO E/OU LIBERAL PESSOA JURÍDICA**

Declaro que o(a) Dr (a).\_ , pessoa jurídica da empresa de razão social , e com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) de número , exerceu a Responsabilidade Técnica de Enfermagem na área técnica de Da empresa/instituição/organização

, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) de número , no período de XX de XXXXX de XXXX, conforme concessão da Certidão de Responsabilidade Técnica, até o dia XX de XXXXX de XXXX, conforme solicitação protocolada neste regional.

-(), de de .

Presidente do Coren-XX

# MODELO DE ATO DE DESIGNAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O EXERCÍCIO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O(A) Enfermeiro(a) ,

foi designado(a) a partir de para exercer a função de Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a)da Empresa/Instituição/Organização

, no endereço

trabalhando de \_ : às \_ : horas, nos dias

cumprindo o total de horas semanais.

-(), de de .

Assinatura e carimbo do Representante

Legal da Empresa/Instituição/Organização

IDENTIDADE VISUAL DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

Eu, , Enfermeiro(a), inscrito no Coren-(), sob nº de inscrição -ENF, venho por meio desta declarar que exerço a função de Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) na instituição

de: às: horas, nos dias totalizando horas semanais.

Declaro ainda que os horários acima descritos nesta empresa/instituição/organização não coincidem com quaisquer outras atividades desenvolvidas e que todas as informações acima são verídicas, sob pena do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e que tenho ciência da Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem e do Código de Ética de Enfermagem vigente.

-(), de de .

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)





**CONSELHOREGIONAL** **DEENFERMAGEMDOXXXXXXX**

**AutarquiaFederal–Lei5.905/73**

**Orientações** **e** **Instruções** **Gerais**

–A Relação Nominal Atualizada dos Profissionais de Enfermagem deve ter todos os campos preenchidos;

–Todos os dados fornecidos devem ser cuidadosamente conferidos para que possam ser analizadas pelo nosso sistema de informação;

-Esta listagem deve ser enviada pelo Enfermeiro Responsável Técnico (ERT);

-Os profissionais de Enfermagem deverão está nas respectivas categorias em que eles estão escalados na referida empresa/instituição/organização de saúde;

–O campo CARGO/FUNÇÃO deverá ser preenchido somente para os enfermeiros, colocando a nomenclatura da ocupação dele na empresa/instituição/organização.Exemplo: Assistencial, Coordenador, Gerente, Supervisor, Diretor, entre outros.

-O horário de trabalho e setor de trabalho deverão ser descritos conforme escala de Enfermagem;

**OUTRAS** **INFORMAÇÕES** **PERTINENTES** **NO** **REGIONAL** **(FORMA** **DE** **ENVIO,** **ASSINATURA** **DO** **ERT,CANAL** **DE** **COMUNICAÇÃO** **COM** **O** **COREN,** **ENTRE** **OUTROS)** **DEVERÃO** **SER** **ACRESCENTADAS** **NESTES** **CAMPOS;**

**OUTRAS** **INFORMAÇÕES** **PERTINENTES** **NO** **REGIONAL** **(FORMA** **DE** **ENVIO,** **ASSINATURA** **DO** **ERT,** **CANAL** **DE** **COMUNICAÇÃO** **COM** **O** **COREN,** **ENTRE** **OUTROS)** **DEVERÃO** **SER**

**ACRESCENTADAS** **NESTES** **CAMPOS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM** | | | | | | | | |
| **NOME DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ ORGANIZAÇÃO:** | | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | **CIDADE** | | | **ESTADO:** | | | |
| **NOME COMPLETO DO ERT:** | | | | | | **CPF DO ERT:** | | |
| **ENFERMEIROS EM EXERCÍCIO NA INSTITUIÇÃO** | | | | | | | | |
| **Nº** | **NOMECOMPLETO** | **CPF** | **INSCRIÇÃONOCOREN** | **CARGO/ FUNÇÃO** | | | **HORÁRIO DE TRABALHO** | **SETOR DE TRABALHO** |
| 1 |  |  |  |  | | |  |  |
| 2 |  |  |  |  | | |  |  |
| 3 |  |  |  |  | | |  |  |
| 4 |  |  |  |  | | |  |  |
| 5 |  |  |  |  | | |  |  |
| 6 |  |  |  |  | | |  |  |
| 7 |  |  |  |  | | |  |  |
| 8 |  |  |  |  | | |  |  |
| 9 |  |  |  |  | | |  |  |
| 10 |  |  |  |  | | |  |  |
| 11 |  |  |  |  | | |  |  |
| 12 |  |  |  |  | | |  |  |
| 13 |  |  |  |  | | |  |  |
| 14 |  |  |  |  | | |  |  |
| 15 |  |  |  |  | | |  |  |
| 16 |  |  |  |  | | |  |  |
| 17 |  |  |  |  | | |  |  |
| 18 |  |  |  |  | | |  |  |
| 19 |  |  |  |  | | |  |  |
| 20 |  |  |  |  | | |  |  |
| 21 |  |  |  |  | | |  |  |
| 22 |  |  |  |  | | |  |  |
| 23 |  |  |  |  | | |  |  |
| 24 |  |  |  |  | | |  |  |
| 25 |  |  |  |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26 |  |  |  |  | |  |  |
| 27 |  |  |  |  | |  |  |
| 28 |  |  |  |  | |  |  |
| 29 |  |  |  |  | |  |  |
| 30 |  |  |  |  | |  |  |
| 31 |  |  |  |  | |  |  |
| **LOCAL E DATA DO ENVIO AO COREN:** | | | | | **ASSINATURA ERT** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM** | | | | | | | |
| **NOME DA EMPRESA /INSTITUIÇÃO/ ORGANIZAÇÃO:** | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | **CIDADE** | | | **ESTADO:** | | |
| **NOME COMPLETO DO ERT:** | | | | | | **CPF DO ERT:** | |
| **TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM EXERCÍCIO NA INSTITUIÇÃO** | | | | | | | |
| **Nº** | **NOMECOMPLETO** | **CPF** | **INSCRIÇÃONOCOREN** | **HORÁRIO DE TRABALHO** | | | **SETOR DE TRABALHO** |
| 1 |  |  |  |  | | |  |
| 2 |  |  |  |  | | |  |
| 3 |  |  |  |  | | |  |
| 4 |  |  |  |  | | |  |
| 5 |  |  |  |  | | |  |
| 6 |  |  |  |  | | |  |
| 7 |  |  |  |  | | |  |
| 8 |  |  |  |  | | |  |
| 9 |  |  |  |  | | |  |
| 10 |  |  |  |  | | |  |
| 11 |  |  |  |  | | |  |
| 12 |  |  |  |  | | |  |
| 13 |  |  |  |  | | |  |
| 14 |  |  |  |  | | |  |
| 15 |  |  |  |  | | |  |
| 16 |  |  |  |  | | |  |
| 17 |  |  |  |  | | |  |
| 18 |  |  |  |  | | |  |
| 19 |  |  |  |  | | |  |
| 20 |  |  |  |  | | |  |
| 21 |  |  |  |  | | |  |
| 22 |  |  |  |  | | |  |
| 23 |  |  |  |  | | |  |
| 24 |  |  |  |  | | |  |
| 25 |  |  |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26 |  |  |  |  | |  |
| 27 |  |  |  |  | |  |
| 28 |  |  |  |  | |  |
| 29 |  |  |  |  | |  |
| 30 |  |  |  |  | |  |
| 31 |  |  |  |  | |  |
| **LOCAL E DATA DO ENVIO AO COREN:** | | | | | **ASSINATURA DO ERT** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM** | | | | | | | |
| **NOME DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ ORGANIZAÇÃO:** | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | **CIDADE** | | | **ESTADO:** | | |
| **NOME COMPLETO DO ERT:** | | | | | | **CPF DO ERT:** | |
| **AUXILIARESDEENFERMAGEMEMEXERCÍCIONAINSTIT UIÇÃO** | | | | | | | |
| **Nº** | **NOME COMPLETO** | **CPF** | **INSCRIÇÃO NO COREN** | **HORÁRIO DE TRABALHO** | | | **SETOR DE TRABALHO** |
| 1 |  |  |  |  | | |  |
| 2 |  |  |  |  | | |  |
| 3 |  |  |  |  | | |  |
| 4 |  |  |  |  | | |  |
| 5 |  |  |  |  | | |  |
| 6 |  |  |  |  | | |  |
| 7 |  |  |  |  | | |  |
| 8 |  |  |  |  | | |  |
| 9 |  |  |  |  | | |  |
| 10 |  |  |  |  | | |  |
| 11 |  |  |  |  | | |  |
| 12 |  |  |  |  | | |  |
| 13 |  |  |  |  | | |  |
| 14 |  |  |  |  | | |  |
| 15 |  |  |  |  | | |  |
| 16 |  |  |  |  | | |  |
| 17 |  |  |  |  | | |  |
| 18 |  |  |  |  | | |  |
| 19 |  |  |  |  | | |  |
| 20 |  |  |  |  | | |  |
| 21 |  |  |  |  | | |  |
| 22 |  |  |  |  | | |  |
| 23 |  |  |  |  | | |  |
| 24 |  |  |  |  | | |  |
| 25 |  |  |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26 |  |  |  |  | |  |
| 27 |  |  |  |  | |  |
| 28 |  |  |  |  | |  |
| 29 |  |  |  |  | |  |
| 30 |  |  |  |  | |  |
| 31 |  |  |  |  | |  |
| **LOCAL E DATA DO ENVIO AO COREN:** | | | | | **ASSINATURA DO ERT** | |



**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) PARA EMPRESA/INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO PÚBLICA, BENEFICENTE OU FILANTRÓPICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Eu |  |  |  | , |
| Representante | Legal | da | empresa/ | instituição/ |

organização , venho respeitosamente requerer do senhor presidente do Conselho Regional de Enfermagem do , a isenção da taxa de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), conforme artigo 10, parágrafo único da Resolução Cofen nº XXX/XX.

-(), de de .

Assinatura e carimbo do Representante Legal da

Empresa/Instituição/Organização