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

1. **Dados da Empresa/Instituição/Organização:**
   1. Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Nome Fantasia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. CNPJ: \_\_\_\_\_ d) CNES (se houver): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Natureza Jurídica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Certificação CEBAS (se Instituição Beneficente ou Filantrópica): anexar cópia.
4. Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Bairro: CEP: Município: \_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Horário de funcionamento:

# **2. Representante Legal da Instituição:**

* 1. Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. Anexar cópia do documento de designação formal do ERT

# **3. Dados do Enfermeiro Requerente (ERT):**

* 1. Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. Nº de inscrição no Coren: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  4. Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  5. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **4.Classificação da ART:**

**a)Área de Gestão (obrigatório marcar uma opção):**

( ) Gestão Assistencial

( ) Gestão de Ensino

( ) Gestão de Área Técnica – ( ) Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); ( ) Limpeza e Higienização; ( ) Auditoria; ( ) Gestão de Equipamentos e Insumos Médico- Hospitalares; ( ) Consultorias especializadas; ( ) Outras .

# **b)Nomenclatura da ART (obrigatório marcar uma opção):**

( ) ART Única

( ) ART Setorizada

( ) ART Territorializada

( ) ART por Serviço Autônomo/Liberal, se Gestão de Área Técnica.

**c) Informação sobre o RT Coordenador, nas solicitações de ART Setorizada e ART Territorializada:**

Nome do Enfermeiro RT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ART Nº Validade:

**d) Em casos de ART Setorizada especificar o setor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e) Em casos de ART Territorializada especificar a área de abrangência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Vínculo com a Instituição:**

( ) Contrato de trabalho ( ) CTPS ( ) Contrato de Prestação de Serviço ( ) Contrato Social, se o requerente for o proprietário da Empresa. (anexar comprovante)

# **6. Regularidade Profissional:**

* 1. Anexar Certidão de Regularidade do Coren -PB
  2. Anexar carteira (CIP) válida

**7.Taxa de ART:**

Comprovante de pagamento da taxa (anexar, se aplicável)

**8.Equipe de Enfermagem sob supervisão:**

Anexar relação nominal com nome completo, CPF, inscrição no Coren, categoria e setor de atuação.

Local: Data: / /

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Enfermeiro Requerente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Representante Legal**