

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art.5º incisos I, II e III da Resolução COFEN nº 509/2016.

DADOS DO(A) PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A)

Nome completo:			Número da Inscrição no COREN:		
Logradouro:		Número	Complemento:		
CEP:	Setor/Bairro:		Município:		UF:
Número do telefone celular com DDD:		Número do telefone residencial com DDD:		E-mail:	
Nome da instituição empregadora:			Carga horária semanal:	Horário de expediente (Entrada e saída)	Quais dias da semana?
Características básicas da instituição empregadora:			Em caso de possuir mais de um vínculo, informar nome da segunda instituição empregadora:		
Características básicas do outro vínculo de trabalho caso seja RT em mais de uma instituição:			Carga horária semanal?	Horário de expediente (Entrada e saída)	Quais dias da semana?
Declaração manuscrita que as atividades de responsável técnico não coincidem em seus horários: (Art. 4º, §2º)					

DADOS DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO E DO RESPECTIVO REPRESENTANTE LEGAL

Nome Empresarial (Razão social):			Título do estabelecimento (Nome Fantasia):		
Número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ):		Código e descrição da atividade principal:			
Descrição da natureza jurídica:			Com finalidade lucrativa?	Filantrópica () Sim () Não	

		()Sim ()Não		
Nome do local de trabalho:				
Logradouro do local do trabalho:		Número:	Complemento:	
CEP:	Setor/Bairro:	Município:		UF:
E-mail da Empresa/Instituição:		Telefones com DDD:		
Horário de funcionamento:		Dias da semana:		
Nome do representante legal:			Profissão:	
Cargo que ocupa na Empresa/Instituição:		E-mail do representante legal:		

<p>Anotação de Responsabilidade Técnica e Certidão de Responsabilidade Técnica para o exercício de:</p> <p>() Gestão Assistencial</p> <p>() Gestão de Ensino</p> <p>() Gestão Técnica – ESPECIFICAR A ÁREA PARA ESSA OPÇÃO:</p> <p>Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS ();</p> <p>Programas de Limpeza e Higienização ();</p> <p>Auditoria ();</p> <p>Equipamentos ();</p> <p>Consultoria ();</p> <p>Materiais e Insumos Médico Hospitalares ().</p>
--

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a) requerente

Assinatura e carimbo do representante legal do estabelecimento/Instituição

INFORMO QUE INSTRUO O REQUERIMENTO COM OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ATO DE DESIGNAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) PARA O EXERCÍCIO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA; (modelo disponível no site do COREN-SE);
- CÓPIA DA CTPS (CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL) – PÁGINA COM FOTO, DADOS PESSOAIS; PÁGINA ONDE CONSTA A ADMISSÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO E PÁGINA DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL (QUANDO HOVER);
- CÓPIA DE OUTRO COMPROVANTE DE VÍNCULO;
- CÓPIA DO CARTÃO CNPJ;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE FILANTROPIA; (Art 7º, Parágrafo único, Resolução COFEN nº 509/2016)
- RELAÇÃO NOMINAL DO PESSOAL DE ENFERMAGEM; (modelo disponível no site do COREN-SE)
- CERTIDÃO NEGATIVA DO(A) ENFERMEIRO(A) REQUERENTE EM TODAS AS CATEGORIAS; (Disponível gratuitamente em Serviços Online no site do COREN-SE)

- SOLICITO ISENÇÃO DAS TAXAS DE ART E EMISSÃO DE CRT POR SE TRATAR DE INSTITUIÇÃO PÚBLICA/FILANTRÓPICA (MARCAR APENAS NO CASO DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS FILANTRÓPICAS).

Estou ciente de que, caso ocorra alguma irregularidade na documentação apresentada e/ou em minha situação financeira junto ao Conselho, o requerimento ficará parado por até 30 (trinta) dias. Após esse prazo, estou ciente também de que será necessária a apresentação de nova documentação e que, após a correção da irregularidade, a Certidão de Responsabilidade Técnica será expedida e entregue por e-mail ou no setor de fiscalização na sede do Coren-SE.

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Declaro estar ciente de que o afastamento da Responsabilidade Técnica por qualquer motivo, inclusive por licença com prazo superior a 30 dias, deverá ser comunicado ao COREN-SE com 15 dias de antecedência do afastamento (Resolução do COFEN nº 509/16, Art 8º e Art 9º), sendo que a substituição do(a) profissional deverá se processar em no máximo 15 dias, hipótese em que deverá ser requerido nova Certidão da Responsabilidade Técnica (CRT). Declaro ainda ter conhecimento de que anualmente a CRT deverá ser renovada junto ao COREN-SE com antecedência de 30 (trinta) dias do seu vencimento.

Nestes termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)