



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE
REQUERIMENTO PARA ANOTAÇÃO/RENOVAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - RT

Empresa/Instituição:

Razão Social: _____ CNPJ: _____

CEP: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ E-Mail: _____

Tel: _____ e _____ Fax: _____ Nome Fantasia: _____

Entidade Mantenedora: _____ Ramo de atividade: _____

Natureza: Pública () Privada () Filantrópica () Outras () - **Modalidades de atendimento:** Internação () Pronto Atendimento () Ambulatorial ()
Serviços Especializados () Ensino/Pesquisa () - **Turno de funcionamento:** 24 horas () diurno () noturno () outro (especificar) _____

Representante legal da Empresa/Instituição:

Nome: _____ Cargo: _____ Formação: _____

Responsável Técnico:

Nome do(a) Enfermeiro(a): _____ Inscrição no COREN-SP: _____

Unidade de Serviço/Setor/Dept. etc. _____ Horário de Trabalho: _____

Dias da semana _____ Total de horas semanais na Chefia da Unidade: _____

Endereço da Unidade: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Possui outros vínculos Profissionais? Não () Sim (). Se sim, preencha os campos abaixo:

a) Nome da Instituição: _____

Unidade de Serviço/Setor/Dept. etc. em que trabalha _____ Função: _____

Horário de Trabalho: _____ Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____

b) Nome da Instituição: _____

Unidade de Serviço/Setor/Dept. etc. em que trabalha _____ Função: _____

Horário de Trabalho: _____ Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____

c) Nome da Instituição: _____

Unidade de Serviço/Setor/Dept. etc. em que trabalha _____ Função: _____

Horário de Trabalho: _____ Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____

assinatura do Responsável Técnico
E-Mail: _____

Motivo:

Os abaixo assinados, vêm mui respeitosamente requerer desse COREN-SP:

- () A concessão da Anotação de Responsabilidade Técnica - RT.
- () A renovação da Certidão de Responsabilidade Técnica.
- () O cancelamento da Anotação de Responsabilidade Técnica. CRT N° _____ válido até: ____/____/____
- () Outros: _____

_____ de _____ de _____

Observações: _____

Atenção: Veja relação de documentos e instruções no verso

Instruções para o preenchimento do Requerimento

1. Dados da Empresa/Instituição:

Preencher os dados da Empresa/Instituição, indicando, quando for o caso, nome fantasia e a Entidade Mantenedora.

2. Ramo de Atividade:

Indicar em qual se enquadra:

- a) Prestação de Serviço de Assistência à Saúde.
- b) Formação profissional de Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro.
- c) Equipamentos / Produtos Hospitalares.
- d) Outros (especificar).

3. Natureza:

Marcar o campo correspondente à natureza da Empresa e, se for o caso, o de Filantropia (anexar certificado).

4. Modalidades de atendimento:

Indicar no(s) campo(s) correspondente(s), as atividades desenvolvidas na Empresa/Instituição.

5. Turno de funcionamento:

Indicar no campo correspondente, o turno diário de funcionamento da Empresa/Instituição.

6. Representante legal da Empresa / Instituição:

Preencher nome completo, cargo ocupado e formação ou N^o de Inscrição no Órgão de Classe.

7. Responsável Técnico:

Indicar:

- a) O nome do Enfermeiro Responsável Técnico, o N^o de Inscrição no COREN-____, O nome e endereço da Unidade de Serviço ou equivalente, onde são realizadas as atividades de Enfermagem subordinadas ao Responsável Técnico indicado.
- b) horário de trabalho, dias da semana e carga horária semanal de trabalho;
- c) Indicar os demais vínculos profissionais quando houver, preenchendo os campos identificados;
- d) Assinar o formulário, indicando o E-Mail pessoal, quando houver

8. Motivo do Requerimento:

Indicar no campo próprio o motivo do Requerimento.

Quando se tratar de renovação ou cancelamento, indicar o N^o de anotação da CRT e validade;

9. Assinaturas legais:

Datar e assinar o Requerimento nos campos indicados.

Informações complementares

- a) Preencher um formulário para cada RT, quando houver mais de 1 (um) na Instituição;
- b) As Instituições de saúde públicas e as que comprovarem ser filantrópicas, poderão requerer dispensa do recolhimento da taxa referente a emissão do CRT;
- c) O pedido de cancelamento da anotação de Responsabilidade Técnica, deverá ser feito no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da ocorrência, devendo a Empresa / Instituição requerer a anotação do novo Responsável Técnico (ξ4º, Art. 2º Resolução COFEN-168).

documentos necessários:

1. Este Requerimento Preenchido e assinado;
2. Xerox da guia de anuidade do último exercício, quitada, referente ao Enfermeiro RT;
3. Cópia do contrato de trabalho do Enfermeiro com a Empresa / Instituição (ou cópia das páginas da CTPS onde conste a anotação do vínculo empregatício entre o profissional e a Empresa / Instituição, ou ainda, ato de nomeação do Enfermeiro para o cargo);
4. Cópia do ato de designação do Enfermeiro como RT, assinado pelo representante legal da Empresa / Instituição;
5. Xerox do cartão de CNPJ;
6. Xerox da CRT anterior, quando existir;
7. Instituição Privada anexar cópia do Certificado de Filantropia (quando aplicável) para isenção de taxa.


**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE
CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT**
VALIDADE: DE **A**

O COREN-
expede, em 2 (duas) vias, sem rasuras, o presente documento que reproduz resumidamente o Ato de ANOTAÇÃO, no livro específico, da designação/contratação de enfermeiro(a) para a Chefia de Serviço/Unidade de Enfermagem de estabelecimento prestador de assistência de saúde mantido/conveniado por instituição ou empresa, pública ou privada, ou a ela pertencente, e a responsabilidade técnica pelas respectivas atividades de enfermagem:

ANOTAÇÃO N: 10443 - Data: 01/08/2005 - Livro: 27 - Folha: 141
NOME DA INSTITUIÇÃO OU EMPRESA:

- Endereço:

DENOMINAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO:

- Endereço:

NOME DO(A) ENFERMEIRO(A):

- Número de Inscrição COREN-SP:
Carga Horária:
Horário/Turno:

Presidente do COREN -

Obs.: 1) Este documento será obrigatoriamente afixado na Unidade de Serviço acima denominada, em local visível ao público;
2) O presente documento tem valor exclusivamente no período de validade supra indicado e corresponde a ANOTAÇÃO cujo requerimento será renovado anualmente, conforme validade acima, ou sempre que houver mudança do Chefe do Serviço ou da Unidade a que se refere;
3) Esta certidão também perderá o valor sempre que for renovada a ANOTAÇÃO.

1ª Via - Deverá ser afixada em local visível na Unidade de Serviço


**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE
CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT**
VALIDADE: DE **A**

O COREN-
expede, em 2 (duas) vias, sem rasuras, o presente documento que reproduz resumidamente o Ato de ANOTAÇÃO, no livro específico, da designação/contratação de enfermeiro(a) para a Chefia de Serviço/Unidade de Enfermagem de estabelecimento prestador de assistência de saúde mantido/conveniado por instituição ou empresa, pública ou privada, ou a ela pertencente, e a responsabilidade técnica pelas respectivas atividades de enfermagem:

ANOTAÇÃO N: 10443 - Data: 01/08/2005 - Livro: 27 - Folha: 141
NOME DA INSTITUIÇÃO OU EMPRESA:

- Endereço:

DENOMINAÇÃO DA UNIDADE DE SERVIÇO:

- Endereço:

NOME DO(A) ENFERMEIRO(A):

- Número de Inscrição COREN-SP:
Carga Horária:
Horário/Turno:

Presidente do COREN -

Obs.: 1) Este documento será obrigatoriamente afixado na Unidade de Serviço acima denominada, em local visível ao público;
2) O presente documento tem valor exclusivamente no período de validade supra indicado e corresponde a ANOTAÇÃO cujo requerimento será renovado anualmente, conforme validade acima, ou sempre que houver mudança do Chefe do Serviço ou da Unidade a que se refere;
3) Esta certidão também perderá o valor sempre que for renovada a ANOTAÇÃO.

2ª Via - Enfermeiro(a)