

## 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Filantrópica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do local de trabalho:					
Logradouro do local de 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:		

#### **Anotação de Responsabilidade Técnica e Certidão de Responsabilidade Técnica para o exercício de:**

Gestão Assistencial;

Gestão de Ensino;

Gestão Técnica - ESPECIFICAR A ÁREA PARA ESSA OPÇÃO:

Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS;  Programas de Limpeza e Higienização;  Auditoria;  Equipamentos;  Consultoria;  Materiais e Insumos Médico-Hospitalares.

**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-GO)
- 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 HOUVER);
- 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-GO)
- CERTIDÃO NEGATIVA OU CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITO DE NEGATIVO DO(A) ENFERMEIRO(A) REQUERENTE EM TODAS AS CATEGORIAS; (Disponível gratuitamente em Serviços Online no site do Coren-GO)

**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 dentro do prazo de 30 (trinta) dias.**

\_\_\_\_\_  
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-GO 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-GO com antecedência de 30 (trinta) dias do seu vencimento.

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(LOCAL E DATA)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)