

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

1. Empresa/Instituição (inserir neste campo os dados do contratante):

Razão Social:					
Nome Fantasia:			CNPJ:		
Endereço:				Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:	Tel.	E-mail:		
Ramo de Atividade:					
Natureza: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Filantrópica Horário de Funcionamento: <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Outros					
Nome do(a) Representante Legal:					
Cargo:			Formação:		

2. Responsabilidade Técnica (inserir neste campo os dados do RT):

Nome do(a) Enfermeiro(a) RT:					
Inscrição no Coren- :		Data da validade da Cédula de Identidade Profissional:			
Horário de trabalho:		Dias da semana:		Carga horária semanal:	
Endereço Residencial:				Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:	Tel.	E-mail:		
Área de atuação:					
(Neste campo indique o principal foco de atuação. Exemplo: hospitalar, saúde mental, atenção básica, serviços móveis, endoscopia, etc):					
<input type="checkbox"/> Declaro para todos os fins que estou quite com as obrigações eleitorais, bem como com as anuidades em todas as categorias em que tenho inscrição.					
<input type="checkbox"/> Sou o(a) único(a) profissional de enfermagem atuante na empresa/instituição supracitada, comprometendo-me a informar ao Coren-DF sobre o aumento do quadro de profissionais de enfermagem sob minha responsabilidade.					

3. Outros vínculos profissionais - Possui outro vínculo profissional? Não Sim Obs: Caso marque sim, preencha os campos abaixo:

Nome da Instituição:					
Função:		Carga horária semanal :		Dias da semana:	
Endereço:				Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:	Tel.	E-mail:		
<input type="checkbox"/> Declaro para todos os fins que não há coincidência de horário de trabalho nas empresas/instituições, as quais estou vinculado(a) como profissional de enfermagem.					

4. Representante legal da empresa/instituição ou Responsável pelo local de atuação do RT

*Eu, representante legal da empresa/instituição acima identificada, por meio deste instrumento, declaro que o enfermeiro supracitado neste termo, está **designado** a assumir as funções de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem desta empresa/instituição ou setor de trabalho apontado.*

Declaramos, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Termos em que, pedimos deferimento.

, de de

assinatura e carimbo do Enfermeiro(a)

assinatura e carimbo do Representante Legal

Importante: Esse requerimento não deve conter rasuras e não deverá ser preenchido à mão.

Anotação () Renovação () N° da CRT: _____.	Protocolo nº _____ Data ____/____/____. do Coren- : _____.
--	---