

ANEXO I – FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ART

1. Dados da Empresa/Instituição/Organização:

- a) Razão Social: _____
b) Nome Fantasia: _____
c) CNPJ: _____ d) CNES (se houver): _____
e) Natureza Jurídica: _____
f) Certificação CEBAS (se Instituição Beneficente ou Filantrópica): anexar cópia.
g) Endereço completo: _____
h) Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: ____
i) Telefone: _____ E-mail: _____
j) Horário de funcionamento: _____

2. Representante Legal da Instituição:

- a) Nome completo: _____
b) Cargo: _____
c) Documento de designação formal do ERT (anexar cópia)

3. Dados do Enfermeiro Requerente (ERT):

- a) Nome completo: _____
b) Nº de inscrição no Coren: _____ CPF: _____
c) Endereço completo: _____
d) Telefone: _____ E-mail: _____
e) 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:

a) Certidão Única do Coren (anexar)

b) CIP válida (anexar)

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