

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: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Filantrópica Horário de Funcionamento: ☐ 24 horas ☐ Diurno ☐ Noturno ☐ 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-TO:	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):		
☐ 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.		
☐ Sou o(a) único(a) profissional de enfermagem atuante na empresa/instituição supracitada, comprometendo-me a informar ao Coren-TO 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:		
☐ 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.

Palmas, 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 () Nº da CRT: _____.	Protocolo nº _____ Data ____/____/____. Exclusivo do Coren-TO: _____.
--	--