

## 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-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):  |     |                 |  |                        |      |
| <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-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: |                 |      |
| <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.

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 ____/____/____.<br>Exclusivo do Coren-TO: _____. |
|--|--|