

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE
CRIADO PELA LEI 5.905/73

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: () Administração pública () Administração privada () Cooperativa () Filantrópico
() Outro, especificar: _____
- 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: _____ horas 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: _____

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE
CRIADO PELA LEI 5.905/73**

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