REQUERIMENTO

**CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

***Atenção****: favor preencher os campos a seguir digitalmente, e depois imprimir, assinar e carimbar.*

**DADOS DA INSTITUIÇÃO/EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÃO SOCIAL**  \*Conforme o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica. |  |
| **CNPJ** |  |
| **NOME FANTASIA**  \*Conforme o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica. |  |
| **NATUREZA** \*Se a instituição é pública, privada ou filantrópica. |  |
| **RAMO DA ATIVIDADE**  \*De acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Exemplos: Hospital Geral, Hospital Especialidade, Clínicas de Exames, Clinicas Especializadas, Comercio de Produtos, Prestadores de Serviços. Em caso de dúvidas consultar: <http://www.cnae.ibge.gov.br/> |  |
| **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO** |  |
| **ENDEREÇO** |  |
| **BAIRRO** |  |
| **CEP** |  |
| **MUNICÍPIO** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **SITE** |  |
| **TELEFONE** |  |

**DADOS DO(A) RESPONSÁVEL LEGAL PELA INSTITUIÇÃO/EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMPLETO** |  |
| **CARGO** |  |
| **FORMAÇÃO ESCOLAR/ACADÊMICA** |  |
| **ASSINATURA E CARIMBO** |  |

**DADOS DO(A) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMPLETO** |  |
| **NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO COREN-MS** |  |
| **CARACTERÍSTICA DO SERVIÇO**  \*Atividades de atenção à saúde que são oferecidos na instituição/empresa. Exemplos: Hemodiálise; Hospital Geral com nível de atenção primária e/ou secundária com atendimento especializado em cardiologia, neurologia, cuidados intensivos e cirurgias, etc. |  |
| **TIPO DE GESTÃO**   1. **Área técnica** 2. **Ensino** 3. **Assistencial**   \*Em caso de dúvida, consultar o Art. 6º, parágrafo V da Resolução Cofen 509/2016. |  |
| **CARGA HORÁRIA**  \*Informar jornada diária e semanal. Exemplo: entrada às 7h e saída às 17h, de segunda a sábado. Jornada de 40 horas/semana. |  |
| **Possui outro VÍNCULO EMPREGATÍCIO? Se sim, informe a característica do serviço da outra empresa/instituição e jornada diária e semanal cumprida** |  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL** |  |
| **BAIRRO** |  |
| **CEP** |  |
| **MUNICÍPIO** |  |
| **TELEFONES PARA CONTATO** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **ASSINATURA E CARIMBO** |  |

*Leia atentamente o texto a seguir e, ao final, carimbe e assine:*

Cabe ressaltar o que consta na Resolução COFEN Nº 509/2016, em seu Artigo 10, onde se lê:

**Art. 10º São atribuições do enfermeiro RT:**

**I – Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;**

**II – Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;**

**III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem:**

**IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:**

**a) ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;**

**b) profissional de Enfermagem atuando na empresa sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho de Enfermagem;**

**c) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;**

**d) pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;**

**e) profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;**

**V – Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;**

**VI – Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.**

**VII – Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;**

**VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;**

**IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;**

**X – Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem;**

**XI – Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Serviço de Educação Continuada e da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;**

**XII – Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;**

**XIII – Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;**

**XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;**

**XV – Observar as normas da NR – 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;**

**XVI – Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;**

**XVII – Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;**

**XVIII – Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;**

**XIX – Participar do processo de seleção de pessoal, seja em instituição pública, privada ou filantrópica, observando o disposto na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, e as normas regimentais da instituição;**

**XX – Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;**

**XXI – Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem; XXII – Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;**

**XXIII – Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/ensino em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.**

**Parágrafo Único: O enfermeiro RT que descumprir as atribuições constantes neste artigo poderá ser notificado a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder a Processo Ético Disciplinar na Autarquia.**

### Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, venho requerer de Vossa Senhoria a emissão de minha Anotação de Responsabilidade Técnica. Nestes termos, peço deferimento.

Local:  
Data:

Assinatura do(a) enfermeiro(a) requerente e carimbo