REQUERIMENTO

**CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS DE FORMA AUTÔNOMA E/ OU LIBERAL**

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

**DADOS DA INSTITUIÇÃO/EMPRESA / CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÃO SOCIAL / NOME DO CONTRATANTE** |  |
| **CNPJ OU CPF** |  |
| **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) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMPLETO** |  |
| **NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO COREN-MS** |  |
| **TIPO DE GESTÃO: ÁREA TECNICA** | Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde  Programas de Limpeza e Higienização  Auditoria  Equipamentos / materiais / Insumos Médicos - Hospitalares  Consultoria |
| **Possui outro VÍNCULO EMPREGATÍCIO? Se sim, qual a empresa, informe a característica do serviço da outra empresa/instituição** |  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL** |  |
| **BAIRRO** |  |
| **CEP** |  |
| **MUNICÍPIO** |  |
| **TELEFONES PARA CONTATO** |  |
| **E-MAIL** |  |

### 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