# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ART

1. **Dados da Empresa/Instituição/Organização:**
   1. Razão Social:
   2. Nome Fantasia: (quando FOR INSTITUIÇÃO PUBLICA INFORMAR NESTE CAMPO A UNIDADE DE SAUDE):
   3. CNPJ: d) CNES (se houver):
2. Natureza Jurídica: NaturezaJurídica: ( )Pública ( )Privada ( )Filantrópica ( )Beneficente ( )Cooperativa ( )Outros:
3. Certificação CEBAS (se Instituição Beneficente ou Filantrópica): anexar cópia.
4. Endereço completo:
5. Bairro: CEP: Município: UF:
6. Telefone: E-mail:
7. Horário de funcionamento:

# Representante Legal da Instituição:

* 1. Nome completo:
  2. Cargo:
  3. Documento de designação formal do ERT (anexar cópia do **ato de designação**)

# Dados do Enfermeiro Requerente (ERT):

* 1. Nome completo:
  2. Nº de inscrição no Coren: CPF:
  3. Endereço completo:
  4. Telefone: E-mail:
  5. Carga horária semanal: Horário de trabalho (horário inicial e final de trabalho):
  6. Declaração de não coincidência de horário (anexar cópia )

# Classificação da ART:

* 1. **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 .

# Nomenclatura da ART (obrigatório marcar uma opção):

( ) ART Única

( ) ART Setorizada

( ) ART Territorializada

( ) ART por Serviço Autônomo/Liberal, se Gestão de Área Técnica.

* 1. **Informação sobre o RT Coordenador: nas solicitações de ART Setorizada e ART Territorializada (informar sobre o RT coordenador único):**
  2. Nome do Enfermeiro RT:

ART Nº Validade:

* 1. **Em casos de ART Setorizada especificar o setor:**
  2. **Em casos de ART Territorializada especificar a área de abragência:**

1. **Vínculo com a Instituição:**

( ) Contrato de trabalho ( ) CTPS ( ) termo de posse ( ) Contrato Social, se o requerente for o proprietário da Empresa. (anexar comprovante)

# Escala de enfermagem:

(anexar seguir modelo Coren)

# Listagem de Enfermagem sob supervisão:

Anexar relação nominal com nome completo, CPF, categoria e situação (em arquivo excel, seguir modelo Coren).

1. **Pedido de isenção de taxa e comprovante de vigência de filantropia junto ao CEBAS** ( aplica- se somente para empresa: pública e filantrópica)( anexar )
2. **Comprovanteinscrição no CNPJ** (https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva\_Solicitacao.asp)

Local: Data: / /

Assinatura do Enfermeiro Requerente

Assinatura do Representante Legal