#  FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO 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:
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 Responsável Técnico (ERT):

* 1. Nome completo:
	2. Nº de inscrição no Coren: CPF:
	3. Carga horária semanal ( dias da semana): Horário de trabalho (horário inicial e final de trabalho):

 **4. Identificação da sua ART Anterior:**

* 1. Nº da ART:
	2. Vigência: de / / até / /

# 5. 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 .

# b) 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):**
1. Nome do Enfermeiro RT:

ART Nº Validade:

1. **Em casos de ART Setorizada especificar o setor:**

C) **Em casos de ART Territorializada especificar a área de abragência:**

# 6. Listagem de Enfermagem sob supervisão:

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

# Escala de enfermagem:

(seguir modelo Coren anexar)

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 (enf RT)

Assinatura do Representante Legal