

**REQUERIMENTO PARA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART) DO
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO (ERT)**

EMPRESA/INSTITUIÇÃO

Razão Social	<input type="text"/>	CNPJ	<input type="text"/>
Nome Fantasia	<input type="text"/>	CNES	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>	Bairro	<input type="text"/>
		CEP	<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>
Natureza Jurídica	<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Beneficente/Filantrópica
			<input type="checkbox"/> Cooperativa
Ramo de Atividade	<input type="text"/>		

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome	<input type="text"/>	Nº de Inscrição	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>		CEP
	<input type="text"/>	Cidade	<input type="text"/>
Bairro	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
Telefone Fixo	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>
Dias de Trabalho	<input type="checkbox"/> SEG	<input type="checkbox"/> TER	<input type="checkbox"/> QUA
		<input type="checkbox"/> QUI	<input type="checkbox"/> SEX
		<input type="checkbox"/> SAB	<input type="checkbox"/> DOM
Horário de Trabalho	<input type="text"/>		Carga Horária Semanal
			<input type="text"/>
Tipo de ART	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Setorizada, regionalizada ou territorializada <input type="text"/>	

OUTROS VÍNCULOS

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, preencha os campos abaixo:
Empresa/Instituição	<input type="text"/>	Função
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>	Bairro
		<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>	CEP
		<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>	Telefone
		<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	
Dias de Trabalho	<input type="checkbox"/> SEG	<input type="checkbox"/> TER
	<input type="checkbox"/> QUA	<input type="checkbox"/> QUI
	<input type="checkbox"/> SEX	<input type="checkbox"/> SAB
		<input type="checkbox"/> DOM
Horário de Trabalho	<input type="text"/>	

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO

Nome	<input type="text"/>
Cargo	<input type="text"/>

MOTIVAÇÃO DA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Conforme Resolução Cofen nº 727/2023, art 7º, § 1º, § 2º e § 3º

- Gestão Assistencial
 Gestão de Área Técnica
 Gestão de Ensino/Formação

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Assinatura e Carimbo do RT
<input type="text"/>

Assinatura e Carimbo Representante Legal
<input type="text"/>