# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART)

1. **Dados da Empresa/Instituição/Organização:**

Razão Social: Nome Fantasia: CNPJ: CNES (se houver): Endereço: N°: Bairro: Complemento: CEP: Município: UF: Telefone: ( ) - E-mail: Horário de funcionamento: Natureza Jurídica: ( )Pública ( )Privada ( )Filantrópica ( )Beneficente ( )Cooperativa

( )Outros:

# Representante Legal da Instituição:

Nome Completo:

Cargo:

# Dados do Enfermeiro Requerente:

Nome completo: N° de inscrição no Coren: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:

Endereço completo: Nº: Bairro: Complemento: CEP: Município: UF: Telefone: - E-mail: Horário de Trabalho: Carga horária semanal:

# Classificação da ART:

* 1. **Área de Gestão (obrigatório marcar uma opção):** (Conforme Resolução Cofen nº 782/2025, art. 3º, I, II e III) ( ) Gestão Assistencial

( ) Gestão de Ensino

( ) Gestão de Áreas Técnicas - ( ) 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):

(Conforme Resolução Cofen nº 782/2025, art. 6º, I, II, III e IV) ( ) ART Única

( ) ART Setorizada

( ) ART Territorializada

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

# Informação sobre o RT Coordenador, nas solicitações de ART Setorizada e ART Territorializada:

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 abrangência:

Local: Data: / /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Enfermeiro Assinatura do Representante

 Requerente Legal da Instituição