



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

REQUERIMENTO PARA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE ENFERMAGEM – RT

Instituição Contratante (Inserir neste campo os dados da instituição com quem o profissional possui contrato)

Razão Social : _____ CNPJ: _____
Nome Fantasia: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Tel: _____ E-mail: _____
Ramo de atividade: _____ Natureza: Pública Privada Filantrópica

Instituição de Atuação (Inserir neste campo os dados do local de atuação. Caso seja a mesma instituição, repetir os dados)

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____
Dpto. / Unid. de Serviço: _____ Nº de CNES: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Tel: _____ E-mail: _____
Horário de funcionamento: _____ E-mail 2: _____
Ramo de atividade: _____ Natureza: Pública Privada Filantrópica
Tipo de RT: RT Assistencial RT PGRSS RT Auditoria/Consultoria RT Obstetria
 RT Ensino/Docente RT Limpeza Técnica RT Banco de Órgãos
 RT Estética RT Nefrologia RT Equipamentos/Materiais/Insumos Médicos-Hospitalares

Responsável Técnico

Nome do(a) Enfermeiro(a): _____ Inscrição no COREN-SP: _____
Dias da Semana Trabalhados: _____
Horário de Trabalho: _____ Carga horária semanal: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP _____ Tel: _____ Email: _____

Outros vínculos profissionais

Não Sim Se sim, preencha os campos abaixo:

Nome da Inst.: _____ Função: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Tel: _____ E-mail: _____
Dias da Semana Trabalhados: _____
Horário de Trabalho: _____ Carga horária semanal: _____

Representante legal da Empresa/Instituição ou Responsável pelo local de atuação do RT

Eu, representante legal da empresa/instituição acima identificada, por meio deste instrumento, declaro que o enfermeiro supracitado neste termo, está designado a assumir as funções de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem desta empresa/instituição ou setor de trabalho apontado.

Nome do Representante legal: _____ Cargo: _____
Formação: _____ . Declaramos, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.
Termos em que, pedimos deferimento.

São Paulo, _____ de _____ de _____

_____ assinatura e carimbo do Enfermeiro

_____ assinatura e carimbo do Representante Legal