#

# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ART

1. **Dados da Empresa/Instituição/Organização:**
2. Razã Social: \_ \_ \_ \_ \_ \_
3. Nome Fantasia: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
4. Natureza Jurídica: ( )Pública ( )Privada ( )Filantrópica/Beneficente ( )Cooperativa

( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) Certificação CEBAS (se Instituição Beneficente ou Filantrópica): Anexar cópia.

e) CNES: (se houver)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ f)CNPJ:\_\_ \_ \_

g) Endereço completo:

h) Bairro: CEP: Município: UF:

i) Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 j) Horário de funcionamento:

1. **Representante Legal da Instituição:**

a) Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Documento de designação formal do ERT (anexar cópia)

1. **Dados do Enfermeiro Requerente (ERT):**

a) Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Nº de inscrição no Coren: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e) Carga horária semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Classificação da ART:**
2. **Área de Gestão (obrigatório marcar uma opção)**

( ) **Gestão Assistencial**

( ) **Gestão de Ensino**

( ) **Gestão de Área Técnica (marcar um dos serviços abaixo):**

( ) Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

( ) Limpeza e Higienização; ( ) Auditoria; ( ) Consultorias especializadas;

( ) Gestão de Equipamentos e Insumos Médico-Hospitalares;

( ) Outras (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b) Nomenclatura da ART (obrigatório marcar uma opção):**

( ) ART Única

( ) ART Setorizada

( ) ART Territorializada

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

**c) Informação sobre o RT Coordenador, nas solicitações de** ART Setorizada e ART Territorializada:

Nome do Enfermeiro RT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ART nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**d) Em casos de ART Setorizada especificar o setor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e) Em casos de ART Territorializada especificar a área de abragência:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Vínculo com a Instituição:**

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

1. **Regularidade Profissional:**

a) Certidão Única do Coren (anexar)

b) CIP válida (anexar)

1. **Taxa de ART:**

 Comprovante de pagamento da taxa (anexar, se aplicável)

1. **Equipe de Enfermagem sob supervisão:**

Anexar relação nominal com nome completo, CPF, inscrição no Coren, categoria e setor de atuação.

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do Enfermeiro Requerente

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

Assinatura do Representante Legal

Sede: Avenida Moreira e Silva 430, Farol, Maceió-AL – CEP 57051-530 Fone: (82) 3221-4118 Subseção: Rua Nossa Senhora Aparecida, 257, Arapiraca AL 57300-020