

# 

# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE ART

1. **Identificação da ART Anterior:**
2. Nº da ART: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. b) Vigência: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
4. c) Classificação da ART:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Dados do Enfermeiro Responsável Técnico (ERT):**

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

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

c) Carga horária semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) Horário de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

atuação.

1. **Regularidade Profissional:**

Certidão Única de Regularidade Profissional (anexar)

1. **Taxa de Renovação:**

Comprovante de quitação da taxa (anexar, se aplicável)

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