

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Os formulários devem ser preenchidos com **TINTA PRETA OU AZUL**

1 - Via do Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo **Enfermeiro Coordenador**.

- Instituição = Empresa = Razão Social.
- Denominação do estabelecimento = Nome Fantasia.
- **Ramo de Atividade** = Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), faz referência ao tipo de serviço da empresa (Ex: Hospital Geral, Hospital Especialidade, Clínicas de Exames, Clínicas Especializadas, Comercio de Produtos, Prestadores de Serviços, etc). Em caso de dúvidas consultar:  
<http://www.cnae.ibge.gov.br/>.
- **Natureza** = Pública, Privada, Mista, Filantrópica, etc.
- **Características do serviço** = Atividades de atenção à saúde que são oferecidos na empresa (Ex: Serviço de Hemodiálise, Hospital Geral com nível de atenção primária e/ou secundária com atendimento especializado em cardiologia, neurologia, cuidados intensivos e cirurgias, etc).
- Jornada de Trabalho = Horário de trabalho

2 - Cópia do cartão de CNPJ da Empresa/Instituição;

3 - Relação nominal do pessoal de enfermagem em exercício na instituição:

NOME	CATEGORIA	Nº COREN	VALIDADE	CPF	SETOR DE	ENDEREÇO
	A		CPI/COREN		TRABALHO	
<b>MODELO</b>						

**Nome:** Nome completo

**Categoria:** Enfermeiro / Téc. Enfermagem / Aux. Enfermagem / Atendente

**Nº do COREN:** O número do COREN do Profissional

**VALIDADE CIP/COREN:** Data de validade impressa na carteira de identidade profissional.

**CPF:** O número do CPF do Profissional

**Admissão:** Data de admissão na instituição

**Endereço:** O endereço residencial deve ser atualizado.

4 – Escala do mês vigente (Modelo enviada em anexo), contendo:

- Nome completo;
- Categoria Profissional;
- Número de registro no Conselho;
- Horário em que o profissional trabalha;
- Dias em que o profissional trabalha demonstrados na escala;
- Demais questões pertinentes ao labor devem estar identificados por legendas (Exemplo: Férias, folgas, atestados, etc);

**OBSERVA-SE QUE A ESCALA DEVERÁ ESTAR DATADA E ASSINADA.**

5 – Cópia do contrato de trabalho do (a) Enfermeiro (a) com a Empresa/Unidade/Instituição.

- Carteira de trabalho (**página da foto, frente e verso, e página do contrato**), ou Contrato de prestação de serviço ou Termo de posse.

6 – Cópia do Ato de Designação do profissional para o exercício da Responsabilidade Técnica.

7 – Declaração de outros vínculos empregatícios, mantidos pelo Enfermeiro (a) R.T. relacionar locais, dias e horários de trabalho.

8 – Cópia de comprovante de quitação de débitos do (a) Enfermeiro (a) R.T, **até o exercício do ano vigente** (Caso houver).

9 – Comprovante de pagamento de taxa referente à C.R.T. ou solicitação de isenção da taxa com documento comprobatório para empresas **PÚBLICAS OU FILANTRÓPICAS**.

10 – Cópia da carteira do COREN-MS, para solicitação da inscrição de Responsabilidade Técnica a carteira não pode estar vencida, após o vencimento deverá solicitar a revalidação da carteira.

### **OBSERVAÇÕES**

- Caso a empresa ainda possua em seu quadro Atendentes de Enfermagem não autorizados, anexar cópia da C.T.P.S. das páginas de qualificação civil e primeiro contrato de trabalho como atendente de enfermagem.

➤ **DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA SERÁ DEVOLVIDA.**

**REQUERIMENTO**
**ANOTAÇÃO DE CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

<b>Dados da Instituição/Empresa</b>	<b>Razão Social:</b>			
	<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CNPJ:</b>		
	<b>Ramo de Atividade:</b>	<b>Natureza:</b>		
	<b>Horário de Funcionamento:</b>	<b>Fone:</b>		
	<b>Endereço:</b>	<b>Nº:</b>		
	<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>		
	<b>Cidade:</b>	<b>UF:</b>		
	<b>E-mail/Site:</b>			
<b>Responsável Legal</b>	<b>Nome:</b>			
	<b>Cargo:</b>	<b>Formação:</b>		
	<b>Assinatura:</b> _____	<b>Carimbo:</b>		
<b>Dados do Enfermeiro Responsável Técnico</b>	<b>Nome:</b>		<b>COREN-MS:</b>	
	<b>Características do Serviço:</b>			
	<b>ATENÇÃO =&gt;</b> <b>Gestão Área Técnica</b> <input type="checkbox"/> <b>Gestão de Ensino</b> <input type="checkbox"/> <b>Gestão Assistencial</b> <input type="checkbox"/>			
	<b>Carga horária:</b>	_____ horas/dia _____ horas/semana	<b>Outro vínculo:</b>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<b>Se SIM Características do Serviço:</b>			
	_____ <input type="checkbox"/> horas/dia <input type="checkbox"/> horas/semana			
	<b>Endereço Residencial:</b>		<b>nº</b>	
	<b>Bairro:</b>	<b>Cidade/Estado:</b>	<b>CEP:</b>	
<b>E-mail:</b>		<b>Telefone:</b>		
<b>Assinatura:</b> _____		<b>Carimbo:</b>		

Para tanto cumpre ressaltar o que consta na Resolução COFEN Nº 509/2016, em seu Artigo 10, onde se lê:

Art. 10º São atribuições do enfermeiro RT:

I – Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;

II – Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;

**Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul**  
Sistema Cofen/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 905/73

- III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;
- IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:
- a) ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;
  - b) profissional de Enfermagem atuando na empresa sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho de Enfermagem;
  - c) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;
  - d) pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;
  - e) profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;
- V – Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;
- VI – Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.
- VII – Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;
- VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;
- IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
- X – Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem;
- XI – Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Serviço de Educação Continuada e da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;
- XII – Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;
- XIII – Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;
- XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;
- XV – Observar as normas da NR – 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;
- XVI – Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;
- XVII – Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;
- XVIII – Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;
- XIX – Participar do processo de seleção de pessoal, seja em instituição pública, privada ou filantrópica, observando o disposto na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, e as normas regimentais da instituição;
- XX – Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;
- XXI – Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;
- XXII – Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;
- XXIII – Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/ensino em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.

**Parágrafo Único:** O enfermeiro RT que descumprir as atribuições constantes neste artigo poderá ser notificado a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder a Processo Ético Disciplinar na Autarquia.



Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul

**Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul**

Sistema Cofen/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 905/73

Ilustríssimo Senhora Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul venho requerer de Vossa Senhoria a emissão de minha Anotação de Responsabilidade Técnica. Nestes termos, peço Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO REQUERENTE E CARIMBO



**Coren<sup>MS</sup>**

Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul

**Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul**  
Sistema Cofen/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 905/73

## **PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

### **MODELO DE DESIGNAÇÃO**

---

Cidade....., data.....

Designo o (a) Enfermeiro (a)....., inscrito (a) no COREN-MS sob o nº....., CPF:....., e funcionário desta instituição, para responder tecnicamente perante ao COREN-MS pelo serviço de Enfermagem da instituição.....do setor....., endereço....., a partir de (data).....

Atenciosamente,

Proprietário/ Presidente/ Diretor/ Secretário de saúde

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO.**



# Coren<sup>MS</sup>

Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul

**Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul**  
Sistema Cofen/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 905/73

## PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

### DECLARAÇÃO

---

---

Eu, \_\_\_\_\_, COREN/MS nº \_\_\_\_\_,  
conforme determina a Resolução COFEN nº 509/16, declaro que:

Não possuo outro vínculo empregatício;

Sim. Possuo outro(s) vínculo(s) empregatício(s). Segue abaixo locais e horários(s).

Local 01: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Local 02: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo



**Coren**<sup>MS</sup>

Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul

**Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul**  
Sistema Cofen/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 905/73

PAPAEI TIMBRADO DA EMPRESA

PEDIDO DE ISENÇÃO DE TAXA

---

---

Local e Data

*Em atendimento a Resolução COFEN n° 509/2016, vimos solicitar por parte de V.S.<sup>a</sup> o cumprimento do Art. 7º, Parágrafo único. “As instituições públicas e filantrópicas nas quais o enfermeiro RT requerente esteja vinculado, poderão requerer, mediante a comprovação de sua natureza institucional, ao Conselho Regional de Enfermagem a isenção do recolhimento das taxas de ART e emissão de CRT”.*

---

Carimbo e assinatura do responsável pela empresa ou Secretário de Saúde

Obs. As solicitações das empresas filantrópicas deverão ser acompanhadas **da Certidão de Filantropia VÁLIDA.**