



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**  
**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**  
Autarquia Federal criada pela Lei n.º 5905/73 / Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros - Genebra



Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome da Empresa / Razão Social

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
CNPJ N.º ou Equivalente / Endereço – Rua N.º

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Bairro / Cidade / Telefone

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Home Page / Emails

Solicita a V. Sa., que se digne em expedir a Certidão de Responsabilidade Técnica desta Instituição em nome do(a) Enfermeiro(a)\_\_\_\_\_, COREN-CE N.º\_\_\_\_\_, tendo em vista ter cumprido as exigências legais (Resolução COFEN 509/2016), exigidas por este Órgão de Fiscalização.

Termos em que,  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Responsável Legal da Empresa)



**Conselho Federal de Enfermagem  
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará**

**ATO DE DESIGNAÇÃO PARA A RESPONSABILIDADE  
TÉCNICA DE ENFERMAGEM**

Designo(a) servidor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Enfermeiro(a), COREN-CE,

N.º \_\_\_\_\_ para responder pelo Serviço de Enfermagem do(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sito à Rua \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Município de \_\_\_\_\_

neste Estado, devendo(a) referido(a) profissional cumprir carga horária de conformidade com a legislação específica.

Horário de: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Dias da semana: \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL LEGAL PELA EMPRESA/INSTITUIÇÃO

CIENTE: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)