



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

Ato de Designação para a Chefia do Serviço de Enfermagem

Designo(a) servidor(a) _____

_____, Enfermeiro(a), COREN-CE,

N.º _____ para responder pela Chefia 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 de _____ às _____.

Dias: _____

_____ de _____ de _____.

DIRETOR

CIENTE: _____

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)



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

Ilmo(a). 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

Vem mui respeitosamente, solicitar a Excia., 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, exigidas por este Órgão de Fiscalização.

Termos em que,
Pede deferimento.

_____ de _____ de _____.

(Assinatura do Responsável Legal da Empresa)

INFORMATIVO PARA LIBERAÇÃO DE CRT, conforme Resolução COFEN n.º 509/2016

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Formulário preenchido e assinado pelo Responsável Legal da Empresa e pelo Enfermeiro Responsável Técnico, contendo: nome da empresa/instituição, razão social, CNPJ, endereço, telefones, site institucional e e-mails;
2. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
3. Cópia da comprovação do vínculo empregatício existente entre a Empresa/Instituição e o Enfermeiro Responsável Técnico;
 - a. CONTRATO NA CARTEIRA DE MINISTÉRIO DO TRABALHO OU
 - b. CONTRATO FIRMADO ENTRE AS PARTES COM FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO.**
 - c. **Diário Oficial nomeação (se servidor público).**
4. Cópia do Ato de Designação do Enfermeiro para o exercício da Responsabilidade Técnica (2ª. folha do item 01); **RT deverá dispor de carga horária a partir de 20 horas semanais;**
5. Cópia da carteira do COREN (DENTRO DA VALIDADE) e comprovante de endereço no nome do Enfermeiro RT;
6. O enfermeiro RT requerente deverá estar quite com suas obrigações eleitorais junto ao Conselho Regional de Enfermagem, bem como com suas anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito (**Certidão Negativa até o ano vigente**);
7. O Enfermeiro RT requerente deverá apresentar declaração de próprio punho, informando que suas atividades como RT na empresa/instituição **não coincidem com outros possíveis vínculos profissionais no mesmo horário;**
8. Relação nominal atualizada dos Profissionais de Enfermagem, contendo: nome completo, CPF, n.º COREN e endereço atualizado;
9. **Contrato Social da Empresa e/ou Estatuto Social;**
10. Cópia do boleto referente ao pagamento da taxa de pessoa jurídica;
11. Cópia de documento que autoriza o funcionamento dos Cursos de Enfermagem, em casos de ART para instituições de Ensino Médio Profissionalizante;
12. As Instituições de Saúde, Públicas e Filantrópicas (anexar Certidão de Filantropia emitida pelo Conselho Nacional de Assistência Social), poderão obter a dispensa do recolhimento da taxa, referente à emissão da C.R.T. para isso, deverão anexar junto aos documentos informados anteriormente, uma solicitação formal de isenção de taxas (**através de Ofício**);

**Contatos: (085) 3105.7856/7857
E-mail: fiscalizacaocorence89@gmail.com**