



**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. CÓPIAS DA CARTEIRA DE MINISTÉRIO DO TRABALHO: FOTO/QUALIFICAÇÃO CIVIL E O CONTRATO.
  - b. CONTRATO FIRMADO ENTRE AS PARTES COM FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO.
  - c. Diário Oficial (se servidor público) ou Portaria de nomeação.
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) 3105.7856/3105.7857

**OBS: Solicitamos que os documentos sejam enviados pelo E-mail:  
fiscalizacaocorence89@gmail.com**