



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

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE ART/CRT**

**1. Dados da Empresa/Instituição/Organização:**

- a) Razão Social: \_\_\_\_\_  
b) Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
c) CNES (se houver): \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

**2. Enfermeiro Responsável Técnico:**

- a) Nome completo: \_\_\_\_\_  
b) N° do Coren: \_\_\_\_\_ CPF N° \_\_\_\_\_

**3. Representante Legal da Instituição:**

- a) Nome completo: \_\_\_\_\_  
b) Cargo: \_\_\_\_\_

**4. Motivo da Solicitação:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ante ao exposto, requer-se o cancelamento da Anotação de Responsabilidade Técnica.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Requerente: