

## ANEXO I – FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ART

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

- a) Razão Social: \_\_\_\_\_  
b) Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
c) CNPJ: \_\_\_\_\_ d) CNES (se houver): \_\_\_\_\_  
e) Natureza Jurídica: \_\_\_\_\_  
f) Certificação CEBAS (se Instituição Beneficente ou Filantrópica): anexar cópia.  
g) Endereço completo: \_\_\_\_\_  
h) Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_  
i) Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
j) Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

### 2. Representante Legal da Instituição:

- a) Nome completo: \_\_\_\_\_  
b) Cargo: \_\_\_\_\_  
c) Documento de designação formal do ERT (anexar cópia)

### 3. Dados do Enfermeiro Requerente (ERT):

- a) Nome completo: \_\_\_\_\_  
b) Nº de inscrição no Coren: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
c) Endereço completo: \_\_\_\_\_  
d) Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
e) Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

### 4. Classificação da ART:

#### a) Área de Gestão (obrigatório marcar uma opção):

- Gestão Assistencial  
 Gestão de Ensino  
 Gestão de Área Técnica – ( ) Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); ( ) Limpeza e Higienização; ( ) Auditoria; ( ) Gestão de Equipamentos e Insumos Médico-Hospitalares; ( ) Consultorias especializadas; ( ) Outras \_\_\_\_\_.

#### b) Nomenclatura da ART (obrigatório marcar uma opção):

- ART Única  
 ART Setorizada  
 ART Territorializada  
 ART por Serviço Autônomo/Liberal, se Gestão de Área Técnica.

#### c) Informação sobre o RT Coordenador, nas solicitações de ART Setorizada e ART Territorializada:

Nome do Enfermeiro RT: \_\_\_\_\_  
ART Nº \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

d) Em casos de ART Setorizada especificar o setor: \_\_\_\_\_

e) Em casos de ART Territorializada especificar a área de abrangência: \_\_\_\_\_

**5. Vínculo com a Instituição:**

( ) Contrato de trabalho ( ) CTPS ( ) Contrato de Prestação de Serviço ( ) Contrato Social, se o requerente for o proprietário da Empresa. (anexar comprovante)

**6. Regularidade Profissional:**

a) Certidão Única do Coren (anexar)

b) CIP válida (anexar)

**7. Taxa de ART:**

Comprovante de pagamento da taxa (anexar, se aplicável)

**8. Equipe de Enfermagem sob supervisão:**

Anexar relação nominal com nome completo, CPF, inscrição no Coren, categoria e setor de atuação.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Enfermeiro Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal