

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DA ANOTAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA (ART)**

I- Empresa/Instituição/Organização:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ CNES (se houver): _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone: () _____ - _____

E-mail: _____

Horário de funcionamento: _____

Natureza Jurídica: () Pública () Privada () Filantrópica () Beneficente () Cooperativa

() Outros: _____

II- Representante Legal da Empresa/Instituição/Organização:

Nome Completo: _____

Cargo: _____

III- Enfermeiro Requerente:

Nome: _____

N° do Coren: _____ -ENF CPF: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone: _____ - _____

E-mail: _____

Horário de Trabalho: _____ Carga horária semanal: _____

IV- Classificação da ART:

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

(Conforme Resolução Cofen Nº 782/2025, art. 3º, I, II e III)

Gestão Assistencial

Gestão de Ensino

Gestão de Áreas Técnicas -- 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):

(Conforme Resolução Cofen Nº 782/2025, art. 6º, I, II, III e IV)

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: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do
Enfermeiro Requerente

Assinatura e Carimbo do Represente Legal
da Empresa/Instituição/Organização