



RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM – RT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. Toda empresa/instituição onde houver serviços/ensino de Enfermagem, deve apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica do Serviço de Enfermagem, devendo ser afixada em suas dependências e em local visível ao público, conforme Resolução Cofen n.º 509/2016;
2. A Responsabilidade Técnica, prevista na Resolução Cofen supracitada, é uma **atividade privativa do Enfermeiro**, que possui competências legais e privativas indelegáveis conforme a Lei Federal n.º 7.498/86, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87 e Resolução Cofen n.º 564/2017, Código de Ética dos profissionais de Enfermagem - CEPE;
3. O Enfermeiro que não solicitar a Certidão de Responsabilidade Técnica ainda assim responde como Responsável Técnico da Empresa/Instituição/Ensino. A concessão da CRT tem como finalidade formalizar, de fato e de direito, o Enfermeiro como aquele que responde técnica, legal e eticamente pela Equipe de Enfermagem;
4. Quando houver mais de 01 (um) Enfermeiro RT, preencher um requerimento para cada;
5. **Instituições públicas/filantropicas** devem encaminhar requerimento de isenção de taxa referente à emissão do CRT, (conforme modelo disponível). Em caso de Filantropia, **anexar comprovação**;
6. **Renovação de CRT:** Em conformidade com a Resolução Cofen nº 509/2016, encaminhar toda a documentação solicitada no formulário para Anotação/Renovação de Responsabilidade Técnica;
7. A taxa de pagamento da Certidão de Responsabilidade Técnica/Renovação **SOMENTE** será expedida após análise dos documentos enviados pelo requerente e deferimento inicial do processo por Servidor do Coren-BA / Coordenação do Setor de RE/RT;
8. O **Enfermeiro RT** deverá manter seus **dados cadastrais atualizados** e **deverá estar quite com suas obrigações eleitorais junto ao Conselho Regional de Enfermagem, bem como com as suas anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito**;
9. **Indeferimento CRT:** O pedido de emissão de CRT será indeferido caso o Enfermeiro possua outro vínculo empregatício com incompatibilidade de horário, não atenda aos requisitos do item 8 e/ou esteja com a inscrição/carteira suspensa/vencida ou próxima ao vencimento e, ainda, estejam incompletos os documentos necessários para a Anotação de RT. Nesse caso, não ocorrendo à regularização da situação junto ao Coren-BA, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, o processo será automaticamente arquivado;

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

No item 1. Ramo de atividade:

- a. Serviços de Assistência à Saúde (Hospital, Clínica, Posto de Saúde, etc);
- b. Consultoria de Enfermagem;
- c. Auditoria;
- d. Ensino;
- e. Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;
- f. Empresa de Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares;
- g. Outros (especificar)

Nos itens: 2. Responsável Técnico – endereço: deverá ser do Enfermeiro RT;

3. Informações de Vínculos Empregatícios: preencher com informações relativas à existência ou não de outros trabalhos.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGISTRO/RENOVAÇÃO DA ART/CRT

1. Requerimento para Anotação de Responsabilidade Técnica devidamente preenchido, sem rasuras, assinado e carimbado pelo representante legal e pelo enfermeiro designado como RT;
2. 01 (uma) cópia do cartão do CNPJ da Empresa/Instituição;
3. Cópia da Carteira de trabalho (páginas da foto, identificação e contrato); ou Contrato de Trabalho firmado entre a empresa e o enfermeiro; ou Designação Oficial; ou Contrato Social (quando enfermeiro sócio); ou Contrato de Cooperativado; etc;
OBS: Solicitações de ART onde ocorra a **TERCEIRIZAÇÃO** de serviço/mão de obra, anexar comprovação da empresa contratada e contratante, a fim de identificação das partes e do local de prestação do serviço.
4. Relação nominal dos profissionais de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), por categoria, em ordem alfabética, contendo número de Inscrição, CPF, horário e o setor de trabalho. A listagem dos profissionais de enfermagem deverá ser encaminhada em formato eletrônico Excel para o e-mail: < crt@coren-ba.gov.br >, (conforme modelo disponível). Na eventualidade de não haver outros profissionais de enfermagem na instituição, o RT deverá declarar, por escrito, ser o único profissional de enfermagem da instituição. Caso seja apresentada listagem impressa, a mesma deverá ser assinada pelo (a) enfermeiro (a) RT;
5. O enfermeiro RT deverá firmar, de próprio punho, declaração de que suas atividades como RT nas Empresas/Instituições/Ensino não coincidem em seus horários (especificar horário e carga horária semanal de trabalho). Na oportunidade, caso não possua qualquer outro vínculo de trabalho, declarar que somente está atuando na instituição atual como RT (especificar instituição/setor/unidade);
6. Uma cópia de documento que autoriza/renova o funcionamento dos Cursos de Enfermagem. Em casos de ART para instituições de Ensino Médio Profissionalizante, anexar cópia da publicação em Diário Oficial do Estado (D.O.E). Para as Instituições de Ensino Superior, anexar cópia da publicação em Diário Oficial da União (D.O.U) da autorização/renovação de credenciamento/reconhecimento.

Fonte: Resolução Cofen n.º 509/2016.



Coren^{BA}

Conselho Regional de Enfermagem da Bahia

REQUERIMENTO PARA ANOTAÇÃO/RENOVAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – ART SERVIÇO DE ENFERMAGEM – EMPRESA/INSTITUIÇÃO/ENSINO

1. Empresa/Instituição/Ensino

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____ Entidade Mantenedora: _____ CNPJ: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Tel.1 () _____ Tel. 2 () _____ E-mail: _____
Ramo de atividade: _____ Horário de funcionamento: _____
Natureza: Privada() Pública() Filantrópica() Outra() - Especificar: _____

2. Responsável Técnico (RT)

Nome do(a) Enfermeiro (a): _____ N.º inscrição Coren-BA: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Tel.1 () _____ Tel.2 () _____ E-mail: _____

Dados local de atuação:

Horário de Trabalho: Manhã () _____ às _____ Tarde () _____ às _____ Noite () _____ às _____
Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____

Motivação da ART: Gestão Assistencial () Se setorizada, especificar: _____ Gestão de Ensino ()
Gestão de Área Técnica: PGRSS () Programa de Limpeza e Higienização () Auditoria () Consultoria ()
Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares () Outra() - Especificar: _____

3. Informações sobre outros Vínculos Empregatícios:

Possui outro vínculo profissional? Não () Sim () Se sim, preencha o(s) campo(s) abaixo:

a) Instituição/Empresa: _____
Setor de Serviço/Unidade/Dpto.: _____ Função: _____
Horário de Trabalho: Manhã () _____ às _____ Tarde () _____ às _____ Noite () _____ às _____
Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____
b) Instituição/Empresa: _____
Setor de Serviço/Unidade/Dpto.: _____ Função: _____
Horário de Trabalho: Manhã () _____ às _____ Tarde () _____ às _____ Noite () _____ às _____
Dias da semana: _____ Total de horas semanais: _____

O Representante Legal da Instituição e o Enfermeiro RT designado, vem requerer à Presidência deste Conselho, que designe conceder:

Certidão de Responsabilidade Técnica do Serviço de Enfermagem – CRT

Situação: () Primeira vez () Renovação CRT () Substituição Enfº RT () 2ª via CRT

Declaramos, sob as penas da lei, possuímos conhecimento de todo o teor da Resolução COFEN nº 509/2016, bem como de que a Certidão de Responsabilidade Técnica deverá ser afixada em local visível ao público e ser renovada a cada 12 (doze) meses após sua emissão, com encaminhamento de novo requerimento e documentação no mês que antecede o seu vencimento, com o mínimo de 30 (trinta) dias. Declaramos, ainda, estarmos cientes de que o afastamento do Enfermeiro RT por qualquer motivo, inclusive por licença com prazo superior a 30 (trinta) dias, deverá ser informada ao Coren-BA, em até 15 (quinze) dias do ato, para fins de cancelamento da ART e eventual substituição.

Assinamos o presente requerimento com o compromisso de serem verdadeiras as informações aqui prestadas.
Termos em que pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Representante legal (especificar cargo)

Assinatura e carimbo do Enfermeiro RT/Coren-BA

Rua General Labatut, 273, Barris

CEP: 40070-100

Tel: (71) 3277-3100 / 3171

www.coren-ba.gov.br