



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA
REQUERIMENTO PARA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE ENFERMAGEM – RT

Instituição Contratante (Inserir neste campo os dados da instituição com quem o profissional possui contrato)

Razão Social: fset1_razao_social CNPJ: 79.372.553/0001-25
Nome Fantasia: JOSE BOITEUX PREF GABINETE DO PREFEITO
Endereço: AV 26 DE ABRIL, Nº 655 Bairro: CENTRO CEP: 89.145-000
Cidade: JOSE BOITEUX Tel: _____ E-mail: CONTABILIDADE@PMJB.SC.GOV.BR
Ramo de atividade: 84.11-6-00 - Administração pública em geral Natureza: Pública ☒ Privada ☐ Filantrópica ☐

Instituição de Atuação (Inserir neste campo os dados do local de atuação. Caso seja a mesma instituição, repetir os dados)

Razão Social: fset2_razao_social CNPJ: 79.372.553/0001-25
Nome Fantasia: fset2_nome_fantasia Dpto. / Unid. de Serviço: fset2_dptoUnidServicos
Endereço: fset2_endereco Bairro: fset2_bairro CEP: fset2_cep
Cidade: fset2_cidade Tel: fset2_telefone E-mail: fset2_email1
Horário de funcionamento: fset2_horario_funcionamento E-mail 2: fset2_email2
Ramo de atividade: fset2_amo_atividade Natureza: Pública ☒ Privada ☐ Filantrópica ☐

Tipo de RT: ☒ MARCAR COM UM X fset3_nome ☒ RT BGRSS fset3_coren
☒ RT Auditoria/Consultoria fset3_carga
☒ RT Ensino/Docente fset3_horario ☒ RT Assistencial fset3_carga
fset3_endereco fset3_bairro

Responsável Técnico fset3_cidade fset3_cep fset3_telefone fset3_email

Nome do(a) Enfermeiro(a): fset4_nome_inst Inscrição no COREN-SC: fset4_funcao
Dias da Semana Trabalhados: fset4_endereco fset4_bairro fset4_cep
Horário de Trabalho: fset4_cidade fset4_tel fset4_email Carga horária semanal: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: fset4_dias Tel: _____ Email: _____
fset4_horario fset4_carga

Outros vínculos profissionais

☐ Não ☒ Sim Se sim, preencha os campos abaixo:

Nome da Inst.: _____ Função: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Tel: _____ E-mail: _____
Dias da Semana Trabalhados: _____
Horário de Trabalho: _____ Carga horária semanal: _____

Representante legal da Empresa/Instituição ou Responsável pelo local de atuação do RT

Eu, representante legal da empresa/instituição acima identificada, por meio deste instrumento, declaro que o enfermeiro supracitado neste termo, está designado a assumir as funções de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem desta empresa/instituição ou setor de trabalho apontado.

Nome do Representante legal: fset5_representante Cargo: fset5_cargo
Declaramos, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Termos em que, pedimos deferimento.

fset5_cidade, 23 de junho de 2025.

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

Assinatura e carimbo do Representante Legal