



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Av. do Vale, Quadra 23, Lote 09, Sala 305. Ed. Carraras CEP: 6507-5660 Bairro: Renascença II São Luís/MA

Horário de Atendimento: 09h às 13h e 14h às 17h – Fone: (98) 3304-7779 / 3304-7774

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Declaro, para os fins previstos nos incisos III, IV e V do Art. 4º da Resolução COFFITO nº 37/84 e na Resolução COFFITO nº 139/92, que exerço função de responsável técnico, com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no estabelecimento abaixo:

- Em meu consultório, onde é realizado atendimento de forma autônoma;
- Na sede/filial da pessoa jurídica (para a qual trabalho) com a seguinte Razão Social:

Na(s) pessoa(s) jurídica(s) que contrata(m) a pessoa jurídica para a qual trabalho*
(nestes casos, solicite informações sobre o cadastro de atendimento terceirizado, através do e-mail cofito16.ma@gmail.com)

E fico a disposição das _____ h _____ min às _____ h _____ min nos seguintes dias da semana:

- SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO

Declaro também que o local dispõe de um espaço físico com área de _____ m² destinado:

Ao comércio e/ou fabricação do(s) seguinte(s) produto(s): _____

À prestação de serviço na(s) área(s) de _____ para

aproximadamente _____ pacientes por dia (número médio estimado), com a utilização dos seguintes equipamentos:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Entre outros. Os atendimentos serão realizados através de:

Consulta particular Convênio com o SUS

Outros convênios: _____

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

(colocar carimbo ou escrever nome legível do profissional abaixo)