



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16**

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Edifício Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença.  
São Luís/MA Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

**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 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup> 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)