



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

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 @crefito16.gov.br](mailto:cofito16@crefito16.gov.br))

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)