



CREFITO-14

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Avenida Universitária, 750 Ed. Diamond Center - Salas 810,811,812,813 / CEP: 64049-494- Teresina/PI. Fone: (86) 3216.6030

CNPJ: 21.310.708/0001-19 - Site: www.crefito14.org.br / Email: crefito14@crefito14.org.br

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – PJ

(Resolução COFFITO Nº 37/1984, incisos III, IV E V E Resolução COFFITO Nº 139/1992)

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS!

Declaro para os devidos fins, previstos nos incisos III, IV e V do artigo 4º da Resolução COFFITO Nº 37/1984 e Resolução COFFITO Nº 139/1992, que exerço a função de responsável técnico com gozo de autonomia do exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no horário das _____ às _____ horas, nos dias da semana de _____ à _____, na Entidade / Pessoa Jurídica:

Assinalar conforme o(s) caso(s):

() Declaro mais, que a Pessoa Jurídica dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Fisioterapia: _____ m², para o atendimento médio de _____ pacientes ao dia.

() Declaro mais, que a Pessoa Jurídica dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Terapia Ocupacional: _____ m², para o atendimento médio de _____ pacientes ao dia.

() Declaro mais, que o atendimento é efetuado em ambiente hospitalar (Leitos e UTI's).

() Declaro mais, que a Pessoa Jurídica tem como objetivo a prestação de serviços conforme atividades desenvolvidas discriminadas abaixo.

Informo, de acordo com o artigo 4º, inciso V, da Resolução COFFITO nº 37/1984, que dispomos dos seguintes equipamentos / utensílios de Fisioterapia:

(Obs.: Caso não possuam equipamentos, discriminar quais são as atividades desenvolvidas)

QUANTIDADE ESPECIFICAÇÕES (citar ano de fabricação ou aquisição)

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

(Nome e número de inscrição no Crefito 14 - carimbado ou manuscrito e assinatura reconhecida em cartório do profissional Responsável Técnico)