



# 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](http://www.crefito14.org.br) / Email: [crefito14@crefito14.org.br](mailto:crefito14@crefito14.org.br)

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – DRT CONSULTÓRIO

(Resolução COFFITO nº 139, de 28 de novembro de 1992)

### ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS!

Eu, Dr (a) \_\_\_\_\_,

inscrito no CREFITO 14 / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins previstos na 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 nos dias da semana de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, nos horários das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, no CONSULTÓRIO DE :

( ) FISIOTERAPIA

( ) TERAPIA OCUPACIONAL

Declaro mais, que o consultório dispõe da seguinte área física, destinada às atividades de Fisioterapia/ Terapia Ocupacional: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>, para o atendimento médio de \_\_\_\_\_ pacientes ao dia.

Informo que disponho dos seguintes equipamentos/utensílios:

(Obs.: Caso não possua equipamentos/utensílios, 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)