Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO-5

Folha _____

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 na entidade abaixo:

- ❑ em meu consultório, onde é realizado atendimento de forma autônoma;
- ❑ na sede da pessoa jurídica (para a qual trabalho): _____;
- ❑ em outra(s) pessoa(s) jurídica(s) que contrata(m) a pessoa jurídica para a qual trabalho*

*Nestes casos, solicite informações sobre o Registro de Atendimento Terceirizado, através do e-mail secretaria1@crefito5.org.br

nos seguintes dias:

❑ Segunda ❑ Terça ❑ Quarta ❑ Quinta ❑ Sexta ❑ Sábado ❑ Domingo

e nos seguintes horários:

das ____h.____min. às ____h.____min. e das ____h.____min. às ____h.____min.

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)**: _____
_____.

❑ **ao atendimento médio de _____ pacientes por dia, com a utilização dos seguintes equipamentos:**

____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,
____ _____,

entre outros. **Os atendimentos serão realizados através de:**

❑ Consulta Particular ❑ Convênio com o SUS

❑ Outros Convênios. Quais?_____
_____.

_____, ____ /____ /20__. _____

local e data

Assinatura do Profissional
(carimbar abaixo)