



CREFITO20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo. Senhor,

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região - CREFITO-20.

Eu,.....,

devidamente registrado(a) nesse CREFITO-20 sob nº....., solicito aprovação de minha indicação como Responsável Técnico por todas as atividades da área da Fisioterapia ou Terapia Ocupacional desenvolvidas no Estabelecimento:.....,

CNPJ....., Endereço

Bairro:....., Município....., UF:.....,

CEP:....., Tel:, Este estabelecimento desenvolve as seguintes

atividades:

Declaro que estou ciente ser Responsável Técnico por 24h/dia, independente do horário presencial.

Durante a vigência desta responsabilidade, declaro:

Sim Não

() () estou em dia com minhas obrigações financeira no CREFITO-20;

() () sou Responsável Técnico por outro estabelecimento;

Obs: Anexar junto a este Termo a certidão negativa de débito com a finalidade de agilizar o processo.

Declaro, também, que todas as informações contidas neste Termo representam a expressão da verdade, sob pena de incorrer em sanções legais, tanto nas esferas civil e penal quanto nas de ética Profissional.

Responsável Técnico pela Empresa

_____, _____ de _____ de _____.

Obs: O CREFITO20 ressalta que somente iniciará o processo, mediante a apresentação de todos os documentos acima arrolados, nos termos do que dispõe a Resolução COFFITO – 08/78 art. 29.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: secretaria@crefito20.org.br | Site: www.crefito20.org.br