



TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo. Senhor,

Dr. MARCOS GIOVANNI SANTOS CARVALHO

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

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

Inscrito no CNPJ nº: _____, Endereço: _____,
_____, Bairro: _____,
Município: _____, UF: _____, CEP: _____,
Telefone: _____, E-mail: _____,
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	INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
		Estou em dia com minhas obrigações financeiras no CREFITO-20.
		Sou Responsável Técnico em outro Estabelecimento.

Obs.: Anexar junto a este Termo de Responsabilidade Técnica 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 incorrerem sanções legais, tanto nas esferas civil e penal quanto nas de Ética Profissional.

Manaus-AM, ____ de _____ de 2025.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO COM GOV.BR OU MANUSCRITA CONFORME RG/CIN

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) 99358-4003 | E-mail: secretaria@crefito20.org.br | Site: www.crefito20.org.br