

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ao Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Vigésima Região – CREFITO-20

DADOS DO PROFISSIONAL	
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	
CPF DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	Nº DE REGISTRO PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
DADOS DA EMPRESA	
RAZÃO SOCIAL	
NOME FANTASIA	
CNPJ	
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTABELECIMENTO	
ENDEREÇO DA EMPRESA	
LOGRADOURO	NÚMERO
COMPLEMENTO	
BAIRRO	CEP
CIDADE – UF	
CONTATOS DA EMPRESA	
TELEFONE CELULAR	E-MAIL

- Declaro que estou ciente ser Responsável Técnico por 24h/dia, independente do horário presencial, durante a vigência desta responsabilidade.
- 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 na de Ética Profissional.
- Autorizo para os devidos fins, o recebimento de comunicações oficiais do CREFITO-20, através de e-mail e mensagens via WhatsApp.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico
com Gov.BR ou manuscrita conforme RG/CIN