



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO \*

CREFITO-9 Nº \*

Declaro que sou Responsável Técnico da empresa:

RAZÃO SOCIAL \*

CNPJ \*

CREFITO-9 Nº \*

ENDEREÇO

RUA/AV

Nº

BAIRRO \*

MUNICÍPIO/UF

CEP \*

E-MAIL \*

TELEFONES

TELEFONE COM DDD

CELULAR COM DDD

Declaro ter conhecimento das regulamentações sobre responsabilidade técnica, lavradas pelo COFFITO e CREFITO-9 e que exerço com autonomia as funções profissionais de  **FISIOTERAPIA**  **TERAPIA OCUPACIONAL**, em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Resoluções COFFITO 424/13, 425/13 e 139/92.

Declaro ter conhecimento do DEVER de comunicar ao CREFITO-9 sobre toda e qualquer alteração de responsabilidade técnica, mantendo permanentemente atualizado os dados cadastrais.

**DECLARO** que a empresa dispõe de equipamentos de  **FISIOTERAPIA**  **TERAPIA OCUPACIONAL** conforme a relação com a **quantidades** e **descrições** apresentadas no Anexo I-A.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Carimbos e Assinatura do Responsável Técnico

**(Assinatura a próprio punho é exigida em caso de impressão, se for para envio por e-mail, basta utilizar o Assinador.Gov)**

**AVISO:** Existindo mais de um Responsável Técnico (RT), cada RT deve preencher e assinar a sua própria declaração. (Declaração Individual). Nesta situação, apenas um RT informa a Relação de Equipamento (caso possua).

