



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

Resolução COFFITO-37/84, Art. 4º., Incisos IV e V; Resolução
COFFITO-139/92, Art. 1º., Parágrafo único I, II e III Portaria
Crefito-8/005/92

Declaro, para os devidos fins previstos nos incisos III, IV e V art. 4º da resolução COFFITO-37/84 e Resolução COFFITO-139/92, que exerço a função de RESPONSÁVEL TÉCNICO com o gozo de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função, sendo a mesma exercida no(s) seguinte(s) horário(s): _____ nos dias _____

na Entidade: _____

Endereço: _____

Declaro mais, que a entidade dispõe da seguinte área física destinada às atividades de FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL: _____ M², para atendimento médio de _____ clientes /dia.

Declaro ainda, que a entidade dispõe dos seguintes equipamentos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional:

QUANTIDADE

ESPECIFICAÇÃO

QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____, de _____ de _____

Assinatura e carimbos dos Responsáveis Técnicos