



# CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional da 7ª Região

## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Pelo presente instrumento, o profissional infrassinado declara e assume perante o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região, na forma da Resolução COFFITO nº 139, de 28 de novembro de 1992, a função de **RESPONSÁVEL TÉCNICO**, pelo serviço de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional na instituição abaixo qualificada, declarando, ainda, estar em pleno gozo e exercício de sua autonomia profissional.

Declara, sob as penas da lei, que zelará pela observância dos princípios éticos da profissão, bem como denunciará qualquer ato que viole as normas disciplinadoras do exercício da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de que presenciar ou tiver conhecimento

### DADOS DO PROFISSIONAL

NOME:	
PROFISSÃO:	INSC.CREFITO:
ENDEREÇO:	

### DADOS DA INSTITUIÇÃO\* / CONSULTÓRIO

\*Em caso de **serviços hospitalares**, preencha também a página seguinte.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ:	
CONSULTÓRIO / CPF:	TIPO DE SERVIÇO: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
ENDEREÇO:	
TELFONE:	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO



## SERVIÇOS HOSPITALARES

( ) Hospital Público    ( ) Hospital Privado    ( ) Hospital Filantrópico    ( ) Empresa Terceirizada

### TERAPIA INTENSIVA

*(Informe abaixo os dados das UTI's. Se necessário, anexar listagem)*

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Tipo: ( ) UTI ( ) UTIN ( ) UTIP ( ) UTIMista

Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta Coordenador: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Tipo: ( ) UTI ( ) UTIN ( ) UTIP ( ) UTIMista

Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta Coordenador: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Tipo: ( ) UTI ( ) UTIN ( ) UTIP ( ) UTIMista

Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta Coordenador: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Tipo: ( ) UTI ( ) UTIN ( ) UTIP ( ) UTIMista

Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta Coordenador: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

- O RT fisioterapeuta coordenador pode responder por até 2 UTI's;
- Apresentar junto com esse requerimento cópia do título de especialização do RT fisioterapeuta coordenador da UTI.

### ENFERMARIAS, EMERGÊNCIA E AMBULATÓRIO

*(Informe os dados solicitados abaixo. Se necessário, anexar listagem)*

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Cobertura de Profissionais: ( ) Fisioterapia ( ) T. Ocupacional

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Cobertura de Profissionais: ( ) Fisioterapia ( ) T. Ocupacional

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Cobertura de Profissionais: ( ) Fisioterapia ( ) T. Ocupacional

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Cobertura de Profissionais: ( ) Fisioterapia ( ) T. Ocupacional

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Nº de leitos: \_\_\_\_\_ Cobertura de Profissionais: ( ) Fisioterapia ( ) T. Ocupacional

Fisioterapeuta Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Terapeuta Ocupacional Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO