



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Pelo presente instrumento, o Profissional infrafirmado 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

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

_____, _____ de _____ de _____

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
sala 101, Caminho das Árvores, Salvador - CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, Empresarial Olívia Flores, nº 286,
sala 106, Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(71) 3421-6520

www.crefito7.gov.br



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 abaixo os dados das UTI's. 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

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
sala 101, Caminho das Árvores, Salvador - CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, Empresarial Olívia Flores, nº 286,
sala 106, Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(71) 3421-6520