

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 zelarà 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:	
TELEFONE:	

_____, ____ de _____ de _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO