



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 6ª REGIÃO - CE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA CONSULTÓRIO

ÁREA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

HORÁRIO QUE ATUARÁ COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO

MATUTINO VESPERTINO NOTURNO

1. Dados do Responsável Técnico

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

CPF

CREFITO Nº

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

2. Dados do Consultório

RAZÃO SOCIAL E NOME FANTASIA

NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA

FISIOTERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL

DATA INÍCIO DAS ATIVIDADES

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

ESTIMATIVA CLIENTES/DIA

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE

()

()

DECLARAÇÃO

Declaro, em cumprimento ao previsto no inciso III, do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/84, que exerço função de Responsável Técnico, na empresa supramencionada, revestido de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função.

Declaro, ainda, ter ciência das obrigações a mim imputadas, enquanto Responsável Técnico, devendo, sempre:

- exigir que a empresa na qual trabalho esteja regularmente inscrita no **CREFITO 6**, com sua documentação em dia e os dados atualizados, inclusive o corpo clínico;*
- garantir que os serviços nas áreas da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, sejam prestados apenas por profissionais legalmente habilitados e em dia com suas obrigações junto ao Conselho, bem como que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada;*
- estar presente durante todos os horários de atendimento;*
- garantir que seja elaborado o "Plano de Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos de Saúde", de modo que todos os equipamentos estejam em condições de uso e com sua manutenção preventiva em dia;*
- garantir que os estágios na área de fisioterapia e/ou terapia ocupacional, sempre que oferecidos, o sejam de acordo com a legislação vigente (Resolução COFFITO nº 431 e 432, de 27 Set 14; Resolução COFFITO nº 451 e 452, de 26 Fev 15);*
- solicitar anualmente ou quando houver qualquer alteração nos dados, a Declaração de Regularidade de Funcionamento(DRF);*
- exigir que os profissionais mantenham o prontuário do paciente atualizado, realizando o registro das evoluções a cada atendimento realizado(Resoluções COFFITO nº 414/12 e 415/12);*
- cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e demais normas em vigor, a fim de garantir a dignidade profissional e a prestação de um serviço de qualidade à sociedade, norteado pelos princípios éticos.*

Estou ciente que posso receber notificações e informe do **CREFITO 6**, por meio do meu e-mail pessoal ou do consultório.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Responsável Técnico