



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – DRT
CONSULTÓRIO

(Resolução COFFITO nº 139, de 28 de novembro de 1992)

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS! Eu, Dr (a)

_____, inscrito no
CREFITO 14 / _____ - _____, declaro, para os devidos fins previstos na Resolução
COFFITO nº 139/1992, que exerço a função de Responsável Técnico com gozo de
autonomia do exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função,
sendo a mesma exercida nos dias da semana de _____ à _____, nos
horários das _____ às _____ horas, no CONSULTÓRIO DE :

() FISIOTERAPIA

() TERAPIA OCUPACIONAL

Declaro mais, que o consultório dispõe da seguinte área física, destinada às atividades
de Fisioterapia/ Terapia Ocupacional: _____m² para o atendimento médio de
_____pacientes ao dia.

Informo que disponho dos seguintes equipamentos/utensílios:

(Obs.: Caso não possua equipamentos/utensílios, discriminar quais são as atividades
desenvolvidas)

Quantidade	Especificações (citar ano de fabricação ou aquisição)
------------	---

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____.

(Nome e número de inscrição no CREFITO 14 – carimbado ou manuscrito e assinatura
RECONHECIDA EM CARTÓRIO do Profissional Responsável Técnico)

Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811,
812 e 813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí
(86) 3216.6030 - www.crefito14.org.br / crefito14@crefito14.org.br

📷 crefito14

CREFITO 14
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO
PIAUI