Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região- CREFITO-8
Rua Padre Germano Mayer, 2272 - Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-170 | Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.org.br

Declaração Individual
PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA

Eu, _____,

CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, inscrito(a) no CREFITO-8 sob o nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__| declaro exercer com autonomia as funções profissionais de **( ) Fisioterapia ( ) Terapia Ocupacional**, em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Resoluções COFFITO 424/13, 425/13. E, ter o conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração do local de atuação, mantendo permanentemente atualizados os dados cadastrais.

( ) Declaro ainda que sou o (a) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) DO LOCAL e tenho conhecimento de todas as regulamentações sobre responsabilidade técnica, exaradas pelo COFFITO, CREFITO-8 e demais órgãos competentes.

( ) Declaro ainda que NÃO sou o (a) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) DO LOCAL e que apenas faço parte do quadro profissional.

Preencher os campos abaixo com os dados da empresa:

CNPJ:|__|__|__|__|__|__|__|__|/|__|__|__|__|-|__|__| Razão Social da Empresa/Entidade _____

_____

Endereço:_____

Nº _____ Complemento_____Bairro:_____CEP |__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Cidade:_____Estado:|__|__| Fone:|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|

Celular:|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail: _____

Site:_____

Dias de trabalho e horário de atendimento individual:

Dias de Trabalho	( ) Segunda	( ) Terça	( ) Quarta	( ) Quinta	( ) Sexta	( ) Sábado	( ) Domingo
Horário de Atendimento							

Local e data_____ , _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Profissional

Nº do Crefito-8: _____

Dúvidas de preenchimento: 0800 645 2009

www.crefito8.gov.br