



COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

REQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

IES:
Modalidade do programa () Multiprofissional () Uniprofissional
Nome do programa de residência:
Endereço:
Cidade:
Estado:
CEP:
Telefones:
E-mail:
Solicito a análise do TÍTULO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL/MULTIPROFISSIONAL na ESPECIALIDADE PROFISSIONAL RECONHECIDA PELO COFFITO:

ITENS OBRIGATÓRIOS

1.	Programas de residência iniciados após junho/2010
2.	Projeto pedagógico
2.1	Carga horária total (2 ou 3 anos)
2.2	Carga horária teórica mínima de 360h - eixo de Fisioterapia/Terapia Ocupacional na área pretendida (Especialidade profissional)
2.3	Atividade prática ou teórico-prática na área pretendida de 2300h
3.	Autorização CNRMS (portaria ou declaração de aprovação)
4.	Lista de egressos de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais por ano (somente serão considerados os egressos após aprovação do programa pela CNRMS)

Declaro estar ciente que é obrigatório anexar ao requerimento todos os documentos acima relacionados.

Local e data

Assinatura do Requerente

Observações:



COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

1. Os documentos devem ser enviados em formato digital para o e-mail residenciaprofissional@coffito.gov.br.
2. O prazo para análise é de até 60 (sessenta) dias, que será contado a partir da data de recebimento do requerimento. **Ressaltamos que o referido prazo é passível de prorrogação em caso fortuito ou de força maior.**
3. Os títulos das especialidades de Terapia Intensiva (adulto ou neonatologia e pediatria) e Neurofuncional (adulto ou pediátrico) devem especificar a área de atuação pretendida.