



COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

REQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL

Eu: _____

CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____

Nº de Registro Profissional: _____ CREFITO (regional): _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Estado CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

solicito a análise do **TÍTULO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL/MULTIPROFISSIONAL** na **ESPECIALIDADE PROFISSIONAL RECONHECIDA PELO COFFITO:**

para o qual apresento todos os documentos abaixo relacionados:

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)
 - a. Atividade prática ou teórico-prática na área pretendida de 2300h
3. Autorização CNRMS (portaria ou declaração de aprovação)
4. Declaração de regularidade (ética e fiscal) profissional emitida pelo CREFITO
5. Certificado de conclusão da pós-graduação-residência (digitalizado)
6. Histórico da pós-graduação- residência(digitalizados)
7. Certificado da graduação e histórico (digitalizado)

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

Local e data

Assinatura do Requerente



COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Observações:

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.