

**SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO EM ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA (APOSTILAMENTO)**

Sr. Presidente do Crefito-8,

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CREFITO-8 nº \_\_\_\_\_ ( ) F, ( ) TO.

Endereço para correspondência:

Rua / Av. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_ Complemento  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ CEP  
\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Fones \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Solicita a V.Sa. o credenciamento para a utilização das técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana, nos termos da Resolução Coffito 434/13 e do Acórdão Coffito nº 378/14, para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a(s) técnica(s) de:

- ( ) Estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC)
- ( ) Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) - avaliação
- ( ) Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr) - tratamento

**Anexa ao presente:**

- Cópia **Autenticada** do Certificado de conclusão de curso de suporte básico de vida (BLS) ou equivalente\*;
- Cópia **Autenticada** do Certificado de curso de formação na(s) técnica(s) de estimulação transcraniana\*;
- Carteira de Identidade Profissional (tipo livro).

\*Observação: Os certificados de conhecimento específico deverão ser emitidos por Instituições de Ensino Superior, Instituições especialmente credenciadas pelo MEC, ou Entidades Científicas Nacionais da Fisioterapia relacionadas às técnicas, e ainda constar a carga horária especificada pela Resolução Coffito 434/13.

Certo(a) de vossa pronta resposta, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Assinatura

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.