



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA REGIÃO

REQUERIMENTO DE TÍTULO DE ESPECIALIDADE PROFISSIONAL

Solicito análise da minha documentação e obtenção do título de especialista profissional, conforme dados abaixo, tendo em vista que iniciei o curso em período anterior a 14 de julho de 2010, data da publicação das Resoluções COFFITO nº 377 e 378/10, que dispõe sobre as normas e procedimentos para obtenção do título de especialista profissional e tenho ciência de que a Instituição onde cursei, possui projeto pedagógico aprovado pelo COFFITO. <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/07/Aprovados-207-208.pdf>

Caso o meu pedido seja indeferido:

Solicito parecer de indeferimento

Solicito que seja realizado registro com finalidade acadêmica (*Estou ciente de que caso não seja marcada essa opção, após análise inicial do COFFITO, se não tiver direito ao título de especialista profissional, a documentação será devolvida sem nenhum registro*)

NOME COMPLETO:	
NÚMERO DE REGISTRO PROFISSIONAL:	
CREFITO:	CPF:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CIDADE:
ESTADO:	CEP:
TELEFONE:	CELULAR:
EMAIL:	
ESPECIFICAÇÃO DO CURSO:	

Solicito o título de especialista, conforme especialidades reconhecidas pelo coffito: (assinale dentre as opções abaixo listadas)

<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Acupuntura
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia Aquática
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia Dermatofuncional
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia do Trabalho
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Gerontologia
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Osteopatia
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Quiropraxia
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Terapia Intensiva - Adulto
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia em Terapia Intensiva - Neonatologia e Pediatria
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia Esportiva
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia na Saúde da Mulher



CREFITOIO



CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA REGIÃO

	Fisioterapia Neurofuncional na criança e no adolescente
	Fisioterapia Neurofuncional no adulto e no idoso
	Fisioterapia Oncológica
	Fisioterapia Respiratória
	Fisioterapia Traumato-Ortopédica
	Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares
	Terapia Ocupacional em Contextos Sociais
	Terapia Ocupacional em Gerontologia
	Terapia Ocupacional em Saúde Mental
	Terapia Ocupacional na Saúde da Família
	Terapia Ocupacional no Contexto Escolar

Local e data: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do profissional

Anexar a este requerimento:

Certificado original do curso;

Cópia do histórico do curso;

Cópia do diploma de graduação; e

Cópia de documento de identificação.

*Os documentos originais serão devolvidos ao final do processo