

**APOSTILAMENTO PARA UTILIZAÇÃO DA  
INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA**

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

CPF \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CREFITO-10 sob número \_\_\_\_\_-F  
solicito o apostilamento para uso da INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA, conforme critérios  
do Acórdão nº 636, de 07/07/2023.

( ) Certificado de curso de capacitação reconhecido pelo COFFITO com o mínimo de 30 horas,  
contemplando 40% carga horária teórica e 60% carga horária prática presencial e supervisionada.

Declaro estar ciente da íntegra do Acórdão supracitado e que somente após a análise e o  
deferimento do Conselho Regional, estarei apto ao exercício e divulgação do procedimento.

Certifico e dou fé das informações prestadas e dos comprovantes de formação anexos.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

**DADOS PARA CONTATO**

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CIDADE/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**Encaminhar com este requerimento:**

- Carteira Profissional (tipo-livro) original;
- Certificado (original ou com autenticação digital) contendo o conteúdo programático e professores responsáveis.

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO**  
RUA MONSENHOR TOPP, Nº 202, CENTRO – FLORIANÓPOLIS/SC  
CEP: 88020-500 – FONE (48) 3225-3329 – [crefito10@crefito10.org.br](mailto:crefito10@crefito10.org.br)