

## REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO PARA USO DA TOXINA BOTULÍNICA

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

CPF \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CREFITO-10 sob número \_\_\_\_\_-F  
solicito o apostilamento para uso da toxina botulínica, conforme critérios do **Acórdão nº 609, de 11/05/2023**. Para uso:

( ) na área da especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional (50hs)

( ) na área da especialidade de Fisioterapia Neurofuncional (70hs)

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)