

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região – CREFITO-15

Rua Misael Pedreira da Silva, 98 - Edifício Empire Center - Sala: 307 309 e 310 – Santa Lúcia
 CEP 29056 – 230 – Vitória/ES – Telefones: (27) 32276616 / (27) 33456103

Ao Ilustríssimo Senhor Presidente do Crefito-15

Nome:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

(Nome completo, por extenso em letra de forma, não omitir ou abreviar qualquer nome)

Inscrição: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

Solicita a V.Sa.:

Especialização em Fisioterapia:

- () **Acupuntura**, nos termos das Resoluções Coffito 60/85, 97/88, 201/99 e 219/00.
- () **Dermato-funcional**, nos termos da Resolução Coffito 362/09.
- () **Fisioterapia do Trabalho**, nos termos da Resolução Coffito 351/08.
- () **Fisioterapia Esportiva**, nos termos da Resolução Coffito 377/07.
- () **Neurofuncional**, nos termos da Resolução Coffito 207/00.
- () **Onco-Funcional**, nos termos da Resolução Coffito 364/09.
- () **Osteopatia**, nos termos da Resolução Coffito 220/01.
- () **Pneumofuncional**, nos termos da Resolução Coffito 207/00.
- () **Quiropraxia**, nos termos da Resolução Coffito 220/01.
- () **Saúde Coletiva**, nos termos da Resolução Coffito 363/09.
- () **Saúde da Mulher**, nos termos da Resolução Coffito 372/09.
- () **Traumato-Ortopédica Funcional** nos termos da Resolução Coffito 260/04.
- () **Urogineco-Funcional** nos termos da Resolução Coffito 365/09.

Anexa ao presente: **(Assinalar o documento que juntar ao Requerimento)**

- () 1 (uma) fotografia formato 3x4 recente *(de frente / sem piercing / homens com terno e gravata)*.
- () **Cópia frente e verso autenticada do Diploma de Graduação, expedido pela**

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

- () **Diploma original do curso de especialização e cópia frente e verso autenticada, expedido pela**

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

- () Cópia autenticada do histórico escolar da especialização.
- () Carteira tipo livro.
- () Cartão de identificação.

Endereço para correspondência (indicar rua, número, bairro, cidade, CEP e telefone):

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 _____|_____|_____|_____| Nº |_|_|_|_|_|_| Complemento |_|_|_|_|_|_|_|_| Bairro
 _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 _____|_____|_____|_____|_____| Estado |_|_| CEP: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

Fones |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OBS: Não será aceito o pedido de registro na ausência de qualquer documento conforme Resolução 8/78 art.29. Os documentos: cartão definitivo ou provisório, carteira e diploma poderão ser retirados no CREFITO-15 somente mediante apresentação de documento de identificação com foto.

NESTES TERMOS,
 PEÇO DEFERIMENTO.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____