



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO - CREFITO 15

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE 90 DIAS

Profissão: () Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional

Nome.....

Devidamente inscrito (a) no CREFITO..... sob o N°..... portador do CPF N°

..... por estar exercendo a profissão em área de jurisdição do

CREFITO-15, indicando o endereço de atuação profissional:

..... N°.....

Complemento.....

Bairro..... Cidade.....

..... UF..... CEP..... Fone.....

... Celular.....

Email:

Vem através desde requerer uma **Autorização para o exercício profissional de 90 dias** nesta regional, nos termos do Art. 17 da resolução COFFITO 8/1978.

É permitido ao presidente do CREFITO autorizar ao inscrito em outro CREFITO, desde que em pleno gozo de seus direitos profissionais, o exercício profissional temporário, isento de inscrição, por prazo não excedente de 90 (noventa) dias, na área de jurisdição do regional sob direção.

§ 1º. A autorização a que se refere este artigo é fornecida em impresso próprio, firmado pelo presidente do CREFITO e somente poderá ser renovada decorridos 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de expiração do prazo da última concessão.

§ 2º. Os prazos mencionados no "caput" e no § 1º deste artigo são dispensados nos casos de:

- a) Prestação de assistência profissional de indubitável urgência, hipótese em que ocorrerá também a dispensa de autorização prevista; e
- b) promoção cultural, ou divulgação científica.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do profissional