



CREFITO15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA O USO CLÍNICO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA EMAGNÉTICA NÃO INVASIVAS DO SISTEMA NERVOSO

Eu, _____,
CPF _____, inscrito (a) no CREFITO 15, sob o número _____,
solicito o meu credenciamento para utilização clínica da(s) técnica(s):

- Estimulação elétrica não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
 - Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
 - Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos;
 - Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins de diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos.

Declaro, sob as penas da Lei, que estou habilitado(a) a usar a(s) técnica(s) de estimulação do sistema nervoso acima destacada(s), em conformidade com as diretrizes dispostas na **Resolução COFFITO nº 554/2022** e **Acórdão COFFITO nº 515/2022**.

Certifico e dou fé nas informações supracitadas e nos comprovantes de formação anexos.

Assinatura e Carimbo