



# CREFITO 15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA  
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

## SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE 90 DIAS

Eu,....., CPF:

..... inscrito(a) no CREFITO..... sob

nº:..... Por estar exercendo a profissão em área de jurisdição do CREFITO – 15 na modalidade:

Atendimento domiciliar no(s) município(s):.....

Estabelecimento registrado no crefito 15 sob o nº:.....e

Razão social ou Cnpj ou Cpf:.....

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

Local:..... Data:...../...../.....

Assinatura do profissional

### ITENS OBRIGATORIOS

1. **Certificado do curso:** Deve conter conteúdo programático, carga horária e professores responsáveis
2. **Livreto profissional:** Apresentar o documento original no final do processo

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O prazo para análise da documentação pela secretaria do crefito 15 é de 7 dias úteis e o prazo após o recebimento do protocolo até a conclusão da solicitação é de até 30 (trinta) dias úteis, que será contado a partir da data do pagamento.
- Não será aceito o pedido na ausência dos documentos obrigatórios.