

SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO EM ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA (APOSTILAMENTO)

Sr. Presidente do Crefito-8,

Eu, _____

CPF _____, inscrito(a) no CREFITO-8 nº _____ () F, () TO.

Endereço para correspondência:

Rua / Av. _____ N° _____

Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____

Estado _____ CEP _____-_____

Fones _____ / _____ Celular _____-_____

e-mail _____

Solicita a V.Sa. o credenciamento para a utilização das técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana, nos termos da Resolução Coffito 434/13 e do Acórdão Coffito nº 378/14, para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a(s) técnica(s) de:

- () Estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC)
- () Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) - avaliação
- () Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr) - tratamento

Anexa ao presente:

- Cópia **Autenticada** do Certificado de conclusão de curso de suporte básico de vida (BLS) ou equivalente*;
- Cópia **Autenticada** do Certificado de curso de formação na(s) técnica(s) de estimulação transcraniana*;
- Cartão de Identidade Profissional;
- Carteira de Identidade Profissional (tipo livro);
- Cópia simples do comprovante de pagamento.
- -1 foto 3x4 (recente, de frente, com fundo claro, homens de terno e gravata)

*Observação: Os certificados de conhecimento específico deverão ser emitidos por Instituições de Ensino Superior, Instituições especialmente credenciadas pelo MEC, ou Entidades Científicas Nacionais da Fisioterapia relacionadas às técnicas, e ainda constar a carga horária especificada pela Resolução Coffito 434/13.

Certo(a) de vossa pronta resposta, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Assinatura

Local e data: _____, _____, de _____ de _____.