|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL****INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| IES:  |
| Modalidade do programa ( ) Multiprofissional ( ) Uniprofissional |
| Nome do programa de residência:  |
| Endereço:  |
| Cidade: |
| Estado: |
| CEP:  |
| Telefones: |
| E-mail:  |
| Solicito a análise do **TÍTULO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL/MULTIPROFISSIONAL** na **ESPECIALIDADE PROFISSIONAL RECONHECIDA PELO COFFITO:**  |
|  |

 |
| **ITENS OBRIGATÓRIOS** |
|  |  | 1. Programas de residência iniciados após junho/2010
 |
|  |  | 1. Projeto pedagógico
 |
|  |  | 2.1 Carga horária total (2 ou 3 anos) |
|  |  | 2.2 Carga horária teórica mínima de 360h - eixo de Fisioterapia/Terapia Ocupacional na área pretendida (Especialidade profissional) |
|  |  | 2.3 Atividade prática ou teórico-prática na área pretendida de 2300h |
|  |  | 1. Autorização CNRMS (portaria ou declaração de aprovação)
2. Lista de egressos de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais por ano (somente serão considerados os egressos após aprovação do programa pela CNRMS)
 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Declaro estar ciente que é obrigatório anexar ao requerimento todos os documentos acima relacionados. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Local e data |  | Assinatura do Requerente  |

|  |
| --- |
| **Observações:**1. Os documentos devem ser enviados em formato digital para o e-mail residenciaprofissional@coffito.gov.br.
2. O prazo para análise é de até 60 (sessenta) dias, que será contado a partir da data de recebimento do requerimento. **Ressaltamos que o referido prazo é passível de prorrogação em caso fortuito ou de força maior**.
3. Os títulos das especialidades de Terapia Intensiva (adulto ou neonatologia e pediatria) e Neurofuncional (adulto ou pediátrico) devem especificar a área de atuação pretendida.
 |
|  |  |