REQUERIMENTO DE TÍTUREQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eu:  CPF:  RG: Órgão Expedidor: UF:  Nº de Registro Profissional: CREFITO (regional):  Endereço:  Cidade:  Estado CEP: Telefone:  E-mail:  solicito a análise do **TÍTULO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL/MULTIPROFISSIONAL** na **ESPECIALIDADE PROFISSIONAL RECONHECIDA PELO COFFITO:**  para o qual apresento todos os documentos abaixo relacionados: | | |
| **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) |
|  | |  | * 1. Atividade prática ou teórico-prática na área pretendida de 2300h |
|  | |  | 1. Autorização CNRMS (portaria ou declaração de aprovação) 2. Declaração de regularidade (ética e fiscal) profissional emitida pelo CREFITO |
|  | |  | 1. Certificado de conclusão da pós-graduação-residência (digitalizado) |
|  | |  | 1. Histórico da pós-graduação- residência(digitalizados) |
|  | |  | 1. Certificado da graduação e histórico (digitalizado) |

REQUERIMENTO ANÁLISE RESIDÊNCIA PROFISSIONAL

PROFISSIONAL

LO DE ESALIDADE PROFISSIONAL

|  |
| --- |
| 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](mailto: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. | |
|  |  |