

**ANEXO 1 – REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA OU DA TERAPIA OCUPACIONAL POR TEMPO DETERMINADO (CONFORME RESOLUÇÃO COFFITO Nº 639/2025)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a)  
do Passaporte nº \_\_\_\_\_, inscrito na(o)  
\_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_, venho por  
meio deste requerer ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) da  
\_\_\_\_\_ região, com base na Resolução COFFITO nº 639/2025, a Autorização do Exercício  
Profissional da \_\_\_\_\_, por tempo determinado pelo Programa de Cooperação  
Técnica \_\_\_\_\_. Estou ciente de que, nos termos da Resolução  
COFFITO nº 639/2025, o pedido somente será processado após a entrega da cópia dos  
documentos solicitados neste requerimento: \_\_\_\_\_

| DADOS PESSOAIS                |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Nome:                         |                          |
| Filiação:                     |                          |
| Sexo:                         | Data de nascimento:      |
| Raça/Cor:                     | Passaporte:              |
| Naturalidade:                 | Nacionalidade:           |
| Estado civil:                 | PCD:                     |
| ENDEREÇO E CONTATOS NO BRASIL |                          |
| Endereço:                     |                          |
| Complemento:                  | Bairro:                  |
| Cidade:                       | Estado:                  |
| CEP:                          | Telefone: ( )            |
| Endereço eletrônico (e-mail): |                          |
| Contato 1 no Brasil: ( )      | Contato 2 no Brasil: ( ) |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA            |                          |
| Curso:                        |                          |
| Nome da Instituição:          |                          |
| Data da Conclusão do Curso:   |                          |

As informações e os documentos serão conferidos quanto à sua veracidade e autenticidade, e poderão ser disponibilizados, respeitando as normas contidas na Lei Geral de Proteção de Dados. Declaro e dou fé para todos os fins de direito que as informações prestadas neste formulário de requerimento de Autorização do Exercício Profissional da \_\_\_\_\_ por tempo determinado são verdadeiras, que resido no endereço supracitado e que estou inscrito no Programa de Cooperação Técnica, sob as penas da lei, estando ciente de que a não veracidade das informações acarretará o indeferimento do pedido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**ANEXO 2 – CERTIDÃO TEMPORÁRIA DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA FINS EDUCACIONAIS (CONFORME RESOLUÇÃO COFFITO Nº 639/2025)**

**CERTIDÃO TEMPORÁRIA DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da \_\_\_\_\_ Região (CREFITO \_\_\_\_), nos termos da Resolução COFFITO 639/2025, **CERTIFICA** para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ o(a) \_\_\_\_\_ senhor(a) \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, Passaporte nº \_\_\_\_\_, país emissor \_\_\_\_\_, inscrito na \_\_\_\_\_, sob o nº \_\_\_\_\_, está assegurado o direito ao exercício na categoria profissional de \_\_\_\_\_, exclusivamente como \_\_\_\_\_, na Instituição \_\_\_\_\_, durante o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, em conformidade com o estabelecido no Programa de Cooperação Técnica \_\_\_\_\_.

A presente Certidão é o documento hábil e legal para permitir o exercício da profissão para fins educacionais na formação de recursos humanos em saúde nos termos acima estabelecidos, devendo ser acompanhada do passaporte válido do portador. E não confere habilitação para o estabelecimento de vínculo trabalhista como profissional de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, em âmbito nacional.

Esta certidão é válida até a data do período de autorização acima determinado, perdendo sua validade imediatamente, em caso de ocorrência de descumprimento ético, legal e administrativo em qualquer instância.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Setor de Registros