

**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