



ANEXO
RESOLUÇÃO-COFFITO Nº 647/2026

**CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL FÍSICO PARA FISIOTERAPEUTAS E
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

O Cartão de Identidade Profissional Físico será fornecido pelo COFFITO e expedido pelos CREFITOs, em material policloreto de vinil (PVC) ou similar, tendo o formato de 90mm x 60mm, impresso nas duas faces, conforme as seguintes especificações:

I – FRENTE: em cima e ao centro (cabeçalho) deve constar:

- a) à esquerda, o Brasão de Armas da República;
- b) ao centro, em negrito, fonte CALIBRI, tamanho 12, a inscrição: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Logo abaixo, com as mesmas características, SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL e CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

No campo esquerdo, logo abaixo do cabeçalho, devem constar, de cima para baixo, alinhados à margem esquerda, os seguintes dados do profissional, na seguinte sequência:

- a) NOME: nome do profissional (caso o profissional opte pela utilização do nome social, deverá ser observada a Resolução-COFFITO nº 546/2021);
- b) FILIAÇÃO: conforme certidão de nascimento do profissional;
- c) DATA DE NASCIMENTO: dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos;
- d) DATA DE INSCRIÇÃO: dia com dois dígitos, mês com dois dígitos e ano com quatro dígitos;
- e) NATURALIDADE: cidade de nascimento/sigla do estado;
- f) NACIONALIDADE: país de origem.

Na margem direita, transversalmente, e de forma centralizada, deverão constar:



a) as citações “Lei nº 6.206 – 07.05.75” e “Lei nº 6.316 – 17.12.75”, em um campo retangular.

No campo direito, logo abaixo do cabeçalho, devem constar, de cima para baixo, alinhados à margem direita, os seguintes dados, na seguinte sequência:

a) FOTO: 3x4 digital, no formato PNG (sem fundo transparente) ou JPEG, com qualidade mínima de 300 DPI, em fundo claro e uniforme, conforme documento formal de identificação. A imagem deve seguir o mesmo formato da foto do RG. Não serão aceitas imagens em que apareçam outras pessoas, objetos, equipamentos ou tiradas em ambientes abertos. O rosto deve estar centralizado e ocupar a maior parte da foto, com os olhos na altura da câmera. Devem-se evitar fotos de perfil ou inclinadas e é importante manter uma expressão facial neutra ou um leve sorriso. Não utilizar óculos de sol, chapéus ou qualquer acessório que cubra o rosto. Evite usar filtros de aplicativos tecnológicos. A iluminação deve ser adequada para evitar sombras no rosto ou no fundo. Luz natural é uma boa opção.

b) NÚMERO DE INSCRIÇÃO: abaixo da foto deverá constar: CREFITO (Colocar a identificação numérica ordinal do Regional separada por hífen (-), espaço, barra (/), espaço, número de registro: (XXXXXX) hífen (-) letra F em caixa-alta (se for Fisioterapeuta) e/ou letras TO em caixa-alta (se for Terapeuta Ocupacional).

No rodapé centralizado deverá constar:

a) ASSINATURA DO PROFISSIONAL: ao centro, sobreposta por uma linha horizontal, em que deverá constar a assinatura do profissional, digitalizada, em formato PNG ou JPEG. A assinatura deve ser a mesma que consta no seu RG. Caso tenha dificuldade em assiná-la diretamente no sistema, será necessário anexar um arquivo digital com a assinatura feita em papel branco, limpo e sem linhas, com tamanho suficiente para ser legível, mas sem exageros. Usar folha de papel branco, sem marcações, para assinar. Evitar papéis com linhas ou estampas. Utilizar caneta preta ou azul para garantir que a assinatura fique visível e clara. Assinar no centro da folha para evitar que as margens interfiram na digitalização. Digitalizar a assinatura em alta resolução (mínimo 300 DPI) para garantir que todos os detalhes fiquem nítidos. Evitar sombras ou reflexos no processo de escaneamento. Não editar a imagem após



escaneá-la. Alterações digitais podem distorcer a qualidade e gerar problemas no processamento. Fazer testes de digitalização antes do envio, verificando se a assinatura está clara e legível.

II – VERSO:

Em cima, no canto superior esquerdo, deve estar o Brasão de Armas da República; e, no canto superior direito, a LOGOMARCA do Sistema COFFITO/CREFITOs.

No campo esquerdo, logo abaixo do Brasão de Armas da República, devem constar, de cima para baixo, alinhados à margem esquerda, os dados do profissional na seguinte sequência:

a) NOME CIVIL: deve constar nome civil completo, conforme constante na certidão de nascimento/RG;

b) CPF: abaixo do nome civil, deve constar o número no seguinte formato: XXX.XXX.XXX-XX;

c) TIPO SANGUÍNEO: abaixo do CPF deve constar o tipo sanguíneo (letra e sinal correspondente);

d) ESPECIALIDADES PROFISSIONAIS: abaixo, deverá constar o(s) número(s) de Registro(s) de Qualificação(ões) de Especialista – RQE, obtido(s) pelo profissional, seguido do nome da(s) Especialidade(s) reconhecida(s) pelo COFFITO, expedida(s) pelo Sistema COFFITO/CREFITOs, à(s) qual(is) o profissional tenha direito, conforme Resolução própria.

Embaixo, no canto inferior esquerdo, o SÍMBOLO da profissão, conforme resoluções-COFFITO nº 232/2002 para Fisioterapia, e nº 481/2017 para Terapia Ocupacional; e, no canto inferior direito, o QR CODE para verificação da autenticidade da carteira e acesso às demais informações do profissional.

No rodapé, centralizado, deverá constar o nome do(a) Presidente do Conselho Regional da Jurisdição em que o documento foi solicitado, sobreposto por uma linha horizontal, em que deverá constar a assinatura digital do(a) Presidente, em formato PNG ou JPEG, e em resolução mínima de 300 DPI.



Deverá constar, também, a inscrição VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, posicionada transversalmente na margem direita, de forma centralizada.

MODELOS DO NOVO CARTÃO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

FISIOTERAPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Nome: xxxx xxxxx xxxxxx

Filiação: xxxxx xxxxx xxxxxxxx

Data de Nascimento: xx xx xxxx

Data de Inscrição: xx xx xxxx

Naturalidade: xxxx xxx

Nacionalidade: xxxx

Foto

xxxx xxxxx

Fisioterapeuta

Lei nº 2.336-17/2.75 Lei nº 6.206-07/05.75



SISTEMA
COFFITO/CREFITO

Nome Civil: xxxxxxxx

CPF: xxxxx

Tipo sanguíneo: xx

Especialidades Profissionais:

RQE: xxxxxx (xxxx xxxxx)

RQE: xxxxxx (xxxxxx xxxxx)



xxxxx
xxxxx xxxxx xxxxx



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



TERAPIA OCUPACIONAL

 **REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Nome: xxxx xxxxx xxxxxx
Filiação: xxxxx xxxxx xxxxxxx
Data de Nascimento: xx xx xxxx
Data de Inscrição: xx xx xxxx
Naturalidade: xxxx xxx
Nacionalidade: xxxx

Foto

xxxx xxxxx

Terapeuta Ocupacional

Lei nº 6.356 - 17.12.73 Lei nº 6.206 - 07.05.75

 **SISTEMA**
COFFITO/CREFITO

Nome Civil: xxxxxxx
CPF: xxxxx
Tipo sanguíneo: xx

Especialidades Profissionais:
RQE: xxxxxx (xxxx xxxxx)
RQE: xxxxxx (xxxxxx xxxxx)



xxxxx
xxxx xxxxx xxxxx



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL