



Crefito5

Conselho Regional
de Fisioterapia
e Terapia Ocupacional

CADASTRO DE ESTÁGIO NÃO-OBIGATÓRIO EM FISIOTERAPIA

INFORMAÇÕES DO ESTAGIÁRIO

NOME COMPLETO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ - RG: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____, Nº _____ COMPLEMENTO
_____, BAIRRO _____, CEP _____, MUNICÍPIO/UF _____
FONE COMERCIAL (____) _____, FONE CELULAR (____) _____
E-MAIL _____
Nº TOTAL DE SEMESTRES DO CURSO: _____ Nº DE SEMESTRES JÁ CONCLUÍDOS PELO ACADÊMICO: _____

DECLARO QUE MEU TIPO SANGUÍNEO É _____ E O FATOR RH É _____.

ASSINATURA DO ESTAGIÁRIO

INFORMAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

A _____ PRESENTE INSTITUIÇÃO DE _____ DE ENSINO SUPERIOR DENOMINADA _____, VEM POR MEIO DESTA E SOB A RESPONSABILIDADE DE SEU (SUA) COORDENADOR (A) DE CURSO DR.(A) _____ DECLARAR QUE O(A) ACADÊMICO(A) ACIMA ESTÁ CURSANDO DISCIPLINA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, JÁ TENDO CONCLUÍDO TODAS AS DISCIPLINAS NECESSÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NÃO-OBIGATÓRIO. INFORMO QUE O (A) PROFESSOR (A) RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO DE ESTÁGIO É O (A) DR.(A) _____

ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DO CURSO

INFORMAÇÕES DA UNIDADE CONCEDENTE

() PESSOA JURÍDICA () CONSULTÓRIO

EU, _____, FISIOTERAPEUTA INSCRITO (A) NO CREFITO-5 Nº _____, RESPONSÁVEL PELO ESTAGIÁRIO NA PESSOA JURÍDICA/CONSULTÓRIO INSCRIÇÃO NO CREFITO-5 Nº _____, SITUADA NO ENDEREÇO _____, Nº _____, MUNICÍPIO/UF _____, FONE COMERCIAL (____) _____, FONE CELULAR (____) _____, CNPJ (se pessoa jurídica) _____, E-MAIL _____

VENHO **SOLICITAR** QUE O ACADÊMICO ACIMA IDENTIFICADO SEJA CADASTRADO NO CREFITO-5 PARA EXERCER **ESTÁGIO NÃO-OBIGATÓRIO**, DECLARANDO QUE EFETUAREI A SUPERVISÃO DIRETA DE TODAS AS ATIVIDADES EXECUTADAS PELO ACADÊMICO NO ESTABELECIMENTO



Crefito5

Conselho Regional
de Fisioterapia
e Terapia Ocupacional

SUPRACITADO, E SOLICITAR A **EMIÇÃO DE CRACHÁ** DE IDENTIFICAÇÃO, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFFITO Nº 432/2013. SEGUE ABAIXO AS INFORMAÇÕES DO ESTÁGIO:

HORÁRIO _____

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE ____/____/____ ATÉ ____/____/____

CARGA HORÁRIA TOTAL ____ H.

PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO EM CASO DE PESSOA JURÍCA:

INFORMO QUE ATUALMENTE, A PESSOA JURÍDICA CONTA COM ____ FISIOTERAPEUTAS E, CONFORME O ART. 7º DA RESOLUÇÃO Nº 432 DO COFFITO, HAVERÁ NO MÁXIMO ____ ESTAGIÁRIOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO.

RELAÇÃO NOMINAL DOS FISIOTERAPEUTAS E SUAS RESPECTIVAS ESCALAS DE TRABALHO:

_____, DE _____ DE _____.

ASSINATURA E CARIMBO DO FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL (UNIDADE CONCEDENTE)

ANEXOS

- DUAS FOTOS 2X2 DO ACADÊMICO (NÃO ACEITAREMOS FOTO 3X4);
- CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE (NÃO ACEITAREMOS IDENTIDADE MILITAR / CNH / PASSAPORTE / CTPS);
- CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL;
- CÓPIA DO TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELO ACADÊMICO, PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E PELA EMPRESA CONCEDENTE (CONTRATO DE ESTÁGIO).