



**REQUERIMENTO DE TÍTULO DE ESPECIALIDADE PROFISSIONAL**

Solicito análise da minha documentação e obtenção do título de especialista profissional, conforme dados abaixo, tendo em vista que iniciei o curso em período anterior a 14 de julho de 2010, data da publicação das Resoluções COFFITO nº 377 e 378/10, que dispõe sobre as normas e procedimentos para obtenção do título de especialista profissional e tenho ciência de que a Instituição onde cursei, possui projeto pedagógico aprovado pelo COFFITO e Portaria COFFITO nº 333/2024. <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/07/Aprovados-207-208.pdf>

( ) *Estou ciente de que caso a minha instituição não esteja na listagem do link acima e não cumprir os requisitos da Portaria COFFITO nº 333/2024, a documentação será devolvida sem nenhum registro, apenas com o parecer de indeferimento.*

**NOME COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**Nº. REGISTRO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **CREFITO: 5** **CPF:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

**NOME DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO/RESIDÊNCIA:** \_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** \_\_\_\_\_

**Solicito o título de especialista, conforme especialidades reconhecidas pelo coffito:** (assinale dentre as opções abaixo listadas)

Fisioterapia em Acupuntura	Fisioterapia na Saúde da Mulher
Fisioterapia Aquática	Fisioterapia Neurofuncional na criança e no adolescente
Fisioterapia Cardiovascular	Fisioterapia Neurofuncional no adulto e no idoso
Fisioterapia Dermatofuncional	Fisioterapia Oncológica
Fisioterapia do Trabalho	Fisioterapia Respiratória
Fisioterapia em Gerontologia	Fisioterapia Traumato-Ortopédica
Fisioterapia em Osteopatia	Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares
Fisioterapia em Quiropraxia	Terapia Ocupacional em Contextos Sociais
Fisioterapia em Reumatologia	Terapia Ocupacional em Gerontologia
Fisioterapia em Terapia Intensiva - Adulto	Terapia Ocupacional em Saúde Mental
Fisioterapia em Terapia Intensiva - Neonatologia e Pediatria	Terapia Ocupacional na Saúde da Família
Fisioterapia Esportiva	Terapia Ocupacional no Contexto Escolar

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do profissional**

**Anexar a este requerimento:**

Cópia certificado e histórico do curso de pós graduação/Residência;  
Cópia do diploma de graduação (frente e verso) e histórico, que conste data final;  
Cópia de documento de identificação;  
Carteira profissional original (tipo-livro); e  
Declaração de regularidade profissional.

Este requerimento, bem como as cópias dos documentos devem ser enviados ao seu regional para que este faça a solicitação da titulação de especialista profissional.

Os documentos originais devem ser apresentados no regional, para fé pública.