



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO
Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA O USO CLÍNICO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA E MAGNÉTICA NÃO INVASIVAS DO SISTEMA NERVOSO

Eu
CPF , inscrito(a) no CREFITO- sob número -F
solicito o meu credenciamento para utilização clínica da(s) técnica(s) (marque dentre as opções abaixo):

- Estimulação elétrica não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins de diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins de diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos.

Declaro, sob as penas da Lei, que estou habilitado(a) a usar a(s) técnica(s) de estimulação do sistema nervoso acima destacada(s), em conformidade com as diretrizes dispostas na Resolução - COFFITO nº 554/2022 e no Acórdão - COFFITO nº 515/2022.

Certifico e dou fé nas informações supracitadas e nos comprovantes de formação anexos.

Assinatura do(a) requerente

(Utilizador Preferencialmente Assinador Gov.Br)