



**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 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 CREFITO16 Nº \_\_\_\_\_, RESPONSÁVEL PELO ESTAGIÁRIO NA PESSOA JURÍDICA/CONSULTÓRIO INSCRIÇÃO NO CREFITO16 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-16 PARA EXERCER **ESTÁGIO NÃO-OBIGATÓRIO**, DECLARANDO QUE EFETUAREI A SUPERVISÃO DIRETA DE TODAS AS ATIVIDADES EXECUTADAS PELO ACADÊMICO NO ESTABELECIMENTO



**CREFITO16**

Conselho Regional de Fisioterapia e  
Terapia Ocupacional do Maranhão



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 \_\_\_\_ Hs.

**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 DE DOCUMENTO **OFICIAL** COM FOTO DO ACADÊMICO (RG, CNH, CTPS OU CERTIFICADO DE RESERVISTA);
- CÓPIA DO TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELO ACADÊMICO, PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO **CONSTANDO O PERÍODO DO CURSO** E PELA EMPRESA CONCEDENTE (CONTRATO DE ESTÁGIO).