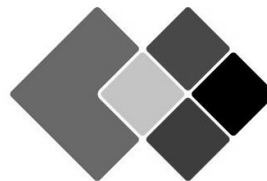




CREFITO16

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional do Maranhão



CADASTRO DE ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO

FISIOTERAPIA

TERAPIA OCUPACIONAL

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-OBRIGATÓRIO. 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 / () TERAPEUTA OCUPACIONAL, 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 CREDITO-16 PARA EXERCER **ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO**, DECLARANDO QUE EFETUAREI A SUPERVISÃO DIRETA DE TODAS AS ATIVIDADES EXECUTADAS PELO ACADÊMICO NO ESTABELECIMENTO SUPRACITADO, E SOLICITAR A **EMISSÃO DE CRACHÁ** DE IDENTIFICAÇÃO, DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES COFFITO Nº 432/2013 E 452/2015. SEGUIRE 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 JURÍDICA:

INFORMO QUE ATUALMENTE, A PESSOA JURÍDICA CONTA COM _____ FISIOTERAPEUTAS / _____ TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E, CONFORME O ART. 7º DA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 432 E DO ART. 6º DA RESOLUÇÃO Nº 452, HAVERÁ NO MÁXIMO _____ ESTAGIÁRIOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO.

RELAÇÃO NOMINAL DOS FISIOTERAPEUTAS/TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E SUAS RESPECTIVAS ESCALAS DE TRABALHO (IDENTIFICAR AO LADO A CATEGORIA PROFISSIONAL:

_____, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA E CARIMBO DO FISIOTERAPEUTA OLU TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 E PELA EMPRESA CONCEDENTE (CONTRATO DE ESTÁGIO).
- CÓPIA DA DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO, INFORMANDO O PERÍODO QUE O ACADÊMICO ESTÁ CURSANDO O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, CARIMBADA E ASSINADA.