



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Sede São Luís: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar (Salas 109), Bairro: Jardim Renascença, CEP: 65075-040 - São Luís/MA  
Horário de Atendimento: 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 (whatsapp) / 3304-7779 – Site: [www.crefito16.gov.br](http://www.crefito16.gov.br) E-mail: [crefito16@crefito16.gov.br](mailto:crefito16@crefito16.gov.br)

## REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CREFITO-16 sob o número \_\_\_\_\_, solicito apostilamento para uso da(s) técnica(s) abaixo:

1. ( ) **TOXINA BOTULÍNICA** - ACÓRDÃO Nº 609, DE 11 DE MAIO DE 2023:
  - 1.1 ( ) Na área da especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional (50 horas);
  - 1.2 ( ) Na área da especialidade de Fisioterapia Neurofuncional (70 horas).
2. ( ) **HIDROLIPOCLASIA ULTRASSÔNICA** - ACÓRDÃO Nº 635, DE 7 DE JULHO DE 2023;
3. ( ) **INTRADERMOTERAPIA / MESOTERAPIA** - ACÓRDÃO Nº 636, DE 7 DE JULHO DE 2023;

( ) Outro(a)(s): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente da íntegra do(s) Acórdão(s) supracitado(s) e que somente após a análise e o deferimento do Conselho Regional, estarei apto ao exercício e divulgação do procedimento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional e Carimbo

### Anexar a este requerimento:

- Carteira Profissional (tipo-livro) original;
- Certificado (original ou com autenticação digital) contendo o conteúdo programático e professores responsáveis.