



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO – CREFITO 16

INSTRUÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO TEMPORÁRIA PARA PROFISSIONAIS ESTRANGEIROS (RESOLUÇÃO COFFITO Nº 639/2025)

Este documento orienta os profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais estrangeiros sobre o procedimento para requerer a **Autorização de Exercício Profissional por Tempo Determinado**, voltada exclusivamente para fins educacionais no estado do Maranhão.

1) Sobre a Autorização Temporária: A medida possibilita que profissionais formados no exterior (mesmo sem revalidação de diploma no Brasil) realizem atividades práticas supervisionadas vinculadas a **Programas de Cooperação Técnica** internacionais.

- **Gratuidade:** A certidão temporária emitida pelo CREFITO-16 é totalmente gratuita.
- **Restrição Legal:** O documento autoriza **apenas** atividades educacionais com prática supervisionada por um profissional brasileiro regularizado. É expressamente proibido utilizar esta autorização para estabelecer vínculos empregatícios ou atuar de forma profissional liberal/remunerada fora do programa.

2) Prazos Máximos de Vigência: A autorização temporária fica restrita aos seguintes períodos, dependendo da modalidade do programa.

- **Programas de Residência:** Até 36 (trinta e seis) meses.
- **Cursos de Pós-Graduação:** Até 24 (vinte e quatro) meses.
- **Prática Profissional Supervisionada:** Até 12 (doze) meses.

3) Documentos Necessários para o Requerimento (*Crítérios regulamentados para o Programa de Cooperação Técnica Brasil-Angola - Portaria nº 271/2025*)

4) Check List: Documentos comprobatórios que devem ser enviados ao CREFITO-16:

Requerimento preenchido integralmente	
Cópia do Passaporte contendo o visto de estudante ou outra categoria que autorize legalmente a permanência no Brasil para fins de estudo	
Cópia do Passaporte contendo o visto de estudante ou outra categoria que autorize legalmente a permanência no Brasil para fins de estudo.	
Cópia do Diploma de Graduação em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional.	
Cópia do Registro Profissional (ou documento similar) ativo e emitido no país de origem.	
Certidão Negativa de Antecedentes Criminais emitida pelo país de origem (ou documento similar conforme a legislação local).	
Declaração do Responsável Técnico: Documento assinado pelo RT da instituição brasileira (de ensino, saúde ou assistência social) vinculada ao programa. A declaração deve informar explicitamente: <ul style="list-style-type: none">▪ Que o profissional está devidamente matriculado no programa (Residência, Pós-Graduação ou Prática Supervisionada);▪ O período exato de duração da formação;▪ O local de atendimento onde as atividades serão realizadas.	

Telefone: (98) 3304-7779 / (98) 3304-7774

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefито16@crefито16.gov.br

Rua das Andirobas, Nº 40, Ed. Executive Lake Center – 1º Andar (Salas: 109-112)

Jardim Renascença, CEP: 65075-040, SÃO LUÍS/MA

CREFITO16
Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional do Maranhão





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO – CREFITO 16

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA OU DA TERAPIA OCUPACIONAL POR TEMPO DETERMINADO
(Conforme Resolução COFFITO no 639/2025)

Eu, _____, portador(a) do Passaporte nº _____, inscrito na(o) _____ sob o nº _____, venho por meio deste requerer ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região (CREFITO-16), com base na Resolução COFFITO nº 639/2025, a Autorização do Exercício Profissional da _____, por tempo determinado pelo Programa de Cooperação Técnica _____.

Estou ciente de que, nos termos da Resolução COFFITO nº 639/2025, o pedido somente será processado após a entrega da cópia dos documentos solicitados neste requerimento:

DADOS PESSOAIS	
Nome:	
Filiação:	
Sexo:	Data de Nascimento:
Raça/Cor:	Passaporte:
Naturalidade:	Nacionalidade:
Estado Civil:	PCD:
ENDEREÇOS E CONTATOS NO BRASIL	
Endereço:	
Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:
CEP:	Telefone:
Endereço eletrônico (e-mail):	
Contato 1 no Brasil:	Contato 2 no Brasil:
FORMAÇÃO ACADÊMICA	
Curso:	
Nome da Instituição:	
Data da Conclusão do Curso:	

As informações e os documentos serão conferidos quanto à sua veracidade e autenticidade, e poderão ser disponibilizados, respeitando as normas contidas na Lei Geral de Proteção de Dados. Declaro e dou fé para todos os fins de direito que as informações prestadas neste formulário de requerimento de Autorização do Exercício Profissional da _____ por tempo determinado são verdadeiras, que resido no endereço supracitado e que estou inscrito no Programa de Cooperação Técnica, sob as penas da lei, estando ciente de que a não veracidade das informações acarretará o indeferimento do pedido.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Telefone: (98) 3304-7779 / (98) 3304-7774
Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefито16@crefито16.gov.br
Rua das Andirobas, Nº 40, Ed. Executive Lake Center – 1º Andar (Salas: 109-112)
Jardim Renascença, CEP: 65075-040, SÃO LUÍS/MA

CREFITO16
Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional do Maranhão

