



CREFITO7

Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região

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 o número _____, solicito o meu credenciamento para utilização clínica da(s) técnica(s):

- Estimulação elétrica não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins 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.
- Outros: _____

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, Resolução COFFITO nº 558/2022, Acórdão COFFITO nº 515/2022 e Acórdão COFFITO nº 609/2023.**

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

Assinatura e Carimbo

Sede – Salvador/Ba

Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
Sala 101, Caminho das Árvores. CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242

Subsede – Vitória da Conquista/Ba

Avenida Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, bairro Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(77) 3421-6520

www.crefito7.gov.br