



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE ESTAGIÁRIO

|                                                                                                               |                                                                              |                                                                                                                        |                                                                                                        |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| NOME COMPLETO DO ESTAGIÁRIO                                                                                   |                                                                              | CADASTRO PARA ESTÁGIO NA ÁREA DE<br><input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional |                                                                                                        |    |
| FILIAÇÃO<br>Nome do Pai _____<br>Nome da Mãe _____                                                            |                                                                              |                                                                                                                        |                                                                                                        |    |
| GÊNERO<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____ |                                                                              | DATA NASCIMENTO<br>____/____/____                                                                                      | NACIONALIDADE<br><input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira. Qual? _____ |    |
| NATURALIDADE (LOCAL DE NASCIMENTO)                                                                            | IDENTIDADE (RG)<br>Nr _____ Órgão emitente _____ Data Emissão ____/____/____ |                                                                                                                        | CPF                                                                                                    |    |
| ENDEREÇO                                                                                                      |                                                                              |                                                                                                                        | Nº                                                                                                     |    |
| COMPLEMENTO                                                                                                   | BAIRRO                                                                       |                                                                                                                        | CIDADE                                                                                                 | UF |
| CEP                                                                                                           | TELEFONE RESIDENCIAL                                                         | TELEFONE CELULAR                                                                                                       | E-MAIL PESSOAL                                                                                         |    |
| DURAÇÃO DO CURSO                                                                                              | PERÍODO QUE ESTÁ CURSANDO                                                    | DATA TERMINO DO CURSO DO CURSO (MÊS E ANO)                                                                             | TIPO SANGUINEO/FATOR RH                                                                                |    |

**- Dados da Instituição de Ensino Superior (IES)**

|                              |               |               |                              |             |     |
|------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|-------------|-----|
| NOME                         |               |               |                              |             |     |
| CNPJ                         | NR CREFITO 11 | ENDEREÇO      |                              |             |     |
|                              |               |               | Nº                           | COMPLEMENTO |     |
| BAIRRO                       |               | CIDADE        |                              | UF          | CEP |
| TELEFONE COMERCIAL<br>( )    | SITE          |               | EMAIL                        |             |     |
| NOME DO COORDENADOR DO CURSO |               | NR CREFITO 11 | TELEFONE PARA CONTATO<br>( ) | EMAIL       |     |

**- Dados do Local de estágio**

|                             |                           |               |                              |        |    |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|------------------------------|--------|----|
| RAZÃO SOCIAL                |                           | NOME FANTASIA |                              |        |    |
| CNPJ                        | NR CREFITO 11             | ENDEREÇO      |                              |        |    |
| Nº                          | COMPLEMENTO               | BAIRRO        |                              | CIDADE | UF |
| CEP                         | TELEFONE COMERCIAL<br>( ) | E-MAIL        |                              |        |    |
| NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO |                           | NR CREFITO 11 | TELEFONE PARA CONTATO<br>( ) | EMAIL  |    |

**Eu, enquanto estagiário autorizo o envio de informações e documentação para meu e-mail cadastrado no Conselho.**

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| _____, _____ de _____ de 20____ |                              |
| _____<br>Estagiário             | _____<br>Responsável Técnico |

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CADASTRO DO ESTAGIÁRIO

### - Documentos do estagiário:

1. Carteira de Identidade (RG);
2. Certidão de nascimento ou casamento;
3. 01(uma) foto 2x2 recente;
4. Tipagem sanguínea/fator RH; e
5. Comprovante de residência.

### - Documentos da unidade concedente:

1. Formulário devidamente preenchido e assinado pelo Responsável Técnico e pelo estagiário;
2. cópia do termo de compromisso entre a unidade concedente/acadêmico/instituição de ensino superior (IES);
3. cópia da Declaração de Regularidade de Funcionamento (DRF) expedida pelo CREFITO 11 às empresas regularmente registradas;
4. declaração da unidade concedente com o número de vagas nas respectivas áreas de atuação oferecidas para estágios;
5. relação nominal dos fisioterapeutas das unidades concedentes e suas respectivas escalas de trabalho; e
6. declaração da empresa em que constem os dados (nome completo, n.º CREFITO 11, endereço, telefone, e-mail) do Responsável Técnico e do preceptor responsável pelo estagiário.

### **IMPORTANTE:**

Senhor Responsável Técnico, segundo a Resolução COFFITO nº 432, de 27 Set 14 e nº 452, de 26 Fev 15 a contratação de estagiários **deve, obrigatoriamente, levar em consideração a seguinte proporcionalidade:**

- de 01(um) a 05(cinco) fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais: 01 (um) estagiário;
- de 06(seis) a 10(dez) fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais: até 02 (dois) estagiários;
- de 11(onze) a 25(vinte e cinco) fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais: até 05(cinco) estagiários;
- acima de 25(vinte e cinco) fisioterapeutas: até 20% (vinte por cento) de estagiários;
- acima de 25 (vinte cinco) terapeutas ocupacionais: até 25% (vinte por cento) de estagiários do número total de terapeutas ocupacionais.