



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17**

PORTARIA CREFITO-17 Nº 32/2025, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2025

Dispõe sobre autorização e regulamentação do exercício profissional, por tempo determinado, para Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais selecionados para atuarem, no âmbito do Estado de Sergipe, em atividades vinculadas ao Programa de Cooperação Técnica Brasil e Angola.

O PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO, no uso de suas atribuições e na conformidade com o preceituado no inciso I do Artigo 48 da Resolução COFFITO-182;

CONSIDERANDO a formalização de Acordo de Cooperação Técnica Sul-Sul, Brasil Angola, Programa de Formação de Recursos Humanos em Saúde, de abril de 2024 e sua vigência;

CONSIDERANDO os termos da Resolução COFFITO n.º 639, de 26 de novembro de 2025, que dispõe sobre a autorização do exercício profissional, por tempo determinado para Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais estrangeiros, selecionados para Programas de Cooperação Técnica com o Brasil, com finalidade educacional;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17**

CONSIDERANDO a Portaria COFFITO n.º 271/2025, que trata da autorização do exercício profissional, por tempo determinado, para Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais selecionados especificamente para o Programa de Cooperação Técnica Brasil e Angola;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação por este Regional da autorização concedida pelo COFFITO por meio da Resolução COFFITO nº 639/2025 e Portaria COFFITO nº 271/2025, para fins de acolhimento dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais angolanos;

RESOLVE

Art. 1º Disciplinar e regulamentar no âmbito do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de Sergipe – Crefito 17, a Portaria Coffito nº 271/2025, a qual autoriza o exercício profissional temporário para fins educacionais, aos Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais selecionados no Programa de Cooperação Técnica Brasil e Angola, em conformidade com os termos estabelecidos na Resolução COFFITO nº 639/2025.

Art. 2º O requerimento (ANEXO I) para a emissão da certidão de autorização temporária dos profissionais estrangeiros que exerçerão suas atividades no Estado de Sergipe deverá ser entregue/enviado ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª Região (CREFITO-17), instruído com os seguintes documentos obrigatórios:

I – Cópia do passaporte, com o visto de estudante ou de outra categoria que permita a permanência no país para fins educacionais;

II – Cópia do diploma de graduação;

III – Cópia do registro profissional do país de origem ou similar, conforme legislação do país de origem do profissional estrangeiro;



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17**

IV – Certidão negativa de antecedentes criminais do país de origem ou similar, conforme legislação do país de origem do profissional estrangeiro;

V – Declaração ou documento assinado pelo Responsável Técnico de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional da instituição de ensino, assistência social ou de saúde no Brasil, informando que o Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional está regularmente matriculado no Programa de Residência, de Pós-Graduação ou de Prática Profissional Supervisionada Complementar, vinculado ao Programa de Cooperação Técnica entre o Brasil e Angola, com indicação clara do período de duração da formação e local de atendimento.

Parágrafo Primeiro – O requerimento acompanhado dos documentos necessários de que trata o caput deste artigo, poderá ser protocolado presencialmente na sede do CREFITO 17, ou enviado eletronicamente por e-mail ao setor de registro desta autarquia regional (registro@crefito17.org.br) .

Parágrafo Segundo – Será emitida certidão temporária gratuita (ANEXO II) para o exercício profissional em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17º região (CREFITO-17), com autorização exclusiva para fins de atividades educacionais, com prática profissional supervisionada por profissional brasileiro, regularmente registrado e ativo no CREFITO – 17 , sendo vedado seu uso para firmar vínculos empregatícios ou qualquer outra forma de exercício profissional liberal ou remunerado fora do escopo do programa educacional.

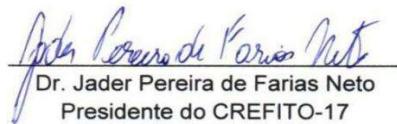
Art. 3º As instituições de ensino, assistência social ou de saúde vinculadas a Programas conveniados pelo Brasil, deverão garantir que a supervisão da assistência fisioterapêutica ou terapêutica ocupacional prestada por profissional estrangeiro, seja realizada por Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais brasileiros, registrados e em situação regular junto ao CREFITO 17, estando condicionados ao cumprimento de todas as regulamentações brasileiras, inclusive as do COFFITO.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 17ª REGIÃO
CREFITO-17**

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Aracaju/SE, 18 de dezembro de 2025.


Dr. Jader Pereira de Farias Neto
Presidente do CREFITO-17

**ANEXO 1 – 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 (CREFITO) da _____ região, 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:

ENDEREÇO 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

**ANEXO 2 – CERTIDÃO TEMPORÁRIA DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM
FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA FINS EDUCACIONAIS
(CONFORME RESOLUÇÃO COFFITO Nº 639/2025)**

CERTIDÃO TEMPORÁRIA DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da _____ Região (CREFITO ____), nos termos da Resolução COFFITO 639/2025, **CERTIFICA** para os devidos fins, que o(a) senhor(a)

_____, natural de _____, Passaporte nº _____, país emissor _____, inscrito na _____, sob o nº _____, está assegurado o direito ao exercício na categoria profissional de _____, exclusivamente como _____, na Instituição _____, durante o período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____, em conformidade com o estabelecido no Programa de Cooperação Técnica _____.

A presente Certidão é o documento hábil e legal para permitir o exercício da profissão para fins educacionais na formação de recursos humanos em saúde nos termos acima estabelecidos, devendo ser acompanhada do passaporte válido do portador. E não confere habilitação para o estabelecimento de vínculo trabalhista como profissional de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, em âmbito nacional.

Esta certidão é válida até a data do período de autorização acima determinado, perdendo sua validade imediatamente, em caso de ocorrência de descumprimento ético, legal e administrativo em qualquer instância.

_____, ____ de ____ de ____.

Setor de Registros