

EDITAL PARA PROPOSIÇÃO DE DELEGADOS DA ABRAFIN 2026

CAPÍTULO 1 – DO PERÍODO DE INSCRIÇÃO, DOCUMENTOS E FORMA DE ENVIO

Artigo 1º - O presidente da ABRAFIN, Dr. André Luís dos Santos Silva, no uso de suas atribuições, divulga a abertura do período para encaminhamento de solicitação de ingresso de novos delegados da ABRAFIN em 2026, com período de proposição **entre 10 de abril a 05 de maio de 2026**.

Artigo 2º - A abrangência deste edital é nacional, ou seja, abrange os Estados da Federação que ainda não possuem representantes e aqueles que o Conselho Administrativo de Representantes (CAR), solicitaram a abertura de vagas (**ANEXO 1**).

Artigo 3º - São possíveis candidatos a delegados todos os associados efetivos adimplentes da ABRAFIN, de acordo com o Artigo 14º do Regimento Interno da ABRAFIN.

Artigo 4º - O associado proponente ao cargo de delegado deve encaminhar os documentos previstos neste edital para o e-mail secretaria@abrafin.org.br, com o assunto: PROPOSTA PARA DELEGACIA/UF.

Artigo 5º - No corpo da mensagem de e-mail deve conter o nome do proponente, sua cidade e Unidade da Federação.

Artigo 6º - Em anexo à mensagem, deve conter:

- a) Uma **Carta de Submissão** endereçada a Presidência da ABRAFIN (conforme **ANEXO 2**);
- b) Uma **Carta de Recomendação** de pelo menos um associado adimplente (conforme **ANEXO 3**);
- c) Um **Comprovante de regularidade de exercício profissional**;
- d) Um **Comprovante de regularidade junto a ABRAFIN**.

§ 1º - A comprovação de regularidade de exercício profissional se dá por declaração do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do local de residência do proponente e o comprovante de regularidade junto à ABRAFIN deverá ser solicitado a secretária da Associação através do e-mail secretaria@abrafin.org.br.

Artigo 7º - O preenchimento completo e correto de todos os dados do associado proponente na base de dados da ABRAFIN, que será conferido antes do aceite da proposição do associado, também é critério para admissão do proponente.

Artigo 8º - O delegado é um associado ativo, em dia com as obrigações com a associação e que se dispõe a contribuir mais ativamente pelo fortalecimento da Fisioterapia Neurofuncional através do envolvimento com as demandas práticas da ABRAFIN, de **forma voluntária** (não remunerada).

Artigo 9º - O mandato do delegado é contínuo, até que seja desligado pelas condições previstas no Regimento Interno da ABRAFIN (disponível em: <https://www.abrafin.org.br/regimento-interno-abrafin.pdf>).

CAPÍTULO 2 – DOS CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO

Artigo 11º - Serão considerados os seguintes critérios para aprovação das proposições pela Diretoria Executiva da ABRAFIN:

- a) Dados completos do associado na base de dados da ABRAFIN e adimplência;
- b) Dados completos e informações da Carta de Admissão e de Recomendação;
- c) Regularidade do exercício profissional;

CAPÍTULO 3 – DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

Artigo 12º - A listagem com os novos delegados selecionados pela Diretoria Executiva será divulgada no dia 15 de maio de 2026, no site da ABRAFIN (www.abrafin.org.br), após a apreciação e aprovação da Diretoria Executiva em reunião ordinária.

Artigo 13º - O início das atividades e atribuições como delegado estão previstas para iniciar a partir da divulgação do resultado no site da ABRAFIN.

| <u>CRONOGRAMA</u> | |
|---|-------------------------|
| Homologação do edital | 01/04/2026 |
| Publicação do edital | 06/04/2026 |
| Período de inscrições | 10/04/2026 a 05/05/2026 |
| Análise documental por parte da Diretora Administrativa | 06/05/2026 a 12/05/2026 |
| Revisão do resultado por parte da Diretoria Executiva Geral | 13/05/2026 |
| Divulgação da lista de aprovados | 15/05/2026 |

Dr. André Luís Santos Silva
Presidente da ABRAFIN

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2026.



ABRAFIN

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

CNPJ: 11.727.822/0001-95

ANEXO 1 - VAGAS PARA PREENCHIMENTO DE DELEGADOS ABRAFIN

Serão disponibilizadas vagas para os 20 estados descritos na tabela abaixo, conforme aprovação do Conselho Administrativo de Representantes.

| REGIÃO NORTE | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Acre (02 VAGAS) | Amapá (02 VAGAS) |
| Amazonas (02 VAGAS) | Pará (01 VAGA) |
| Rondônia (06 VAGAS) | Roraima |
| Tocantins | |
| REGIÃO NORDESTE | |
| Alagoas (01 VAGA) | Bahia |
| Ceará (01 VAGA) | Maranhão (02 VAGAS) |
| Paraíba (04 VAGAS) | Pernambuco (05 VAGAS) |
| Rio Grande do Norte (02 VAGAS) | Piauí (02 VAGAS) |
| Sergipe (04 VAGAS) | |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | |
| Goiás (06 VAGAS) | Mato Grosso (02 VAGAS) |
| Mato Grosso do Sul (01 VAGA) | Distrito Federal |
| REGIÃO SUDESTE | |
| Minas Gerais (02 VAGAS) | Rio de Janeiro (01 VAGA) |
| São Paulo | Espírito Santo (03 VAGAS) |
| SUL | |
| Paraná | Rio Grande do Sul |
| Santa Catarina (04 VAGAS) | |

ANEXO 2 – CARTA DE SUBMISSÃO DE PROPOSIÇÃO DE DELEGADO

Favor preencher substituindo os campos entre parênteses pelos dados solicitados.

Eu, (SEU NOME), (RG), (CPF), envio minha proposição para o cargo de delegada(o) da ABRAFIN do estado de (UF), na cidade de (CIDADE).

Para tanto, declaro minha regularidade cadastral e financeira junto a ABRAFIN, bem como envio o comprovante de **Regularidade Profissional** e uma **Carta de Recomendação** de um associado em anexo, conforme o edital para proposição de delegados da ABRAFIN 2026.

Declaro ainda que conheço as atribuições de delegado da ABRAFIN e me comprometo a participar ativamente juntamente com os demais membros que previamente compõem a respectiva delegacia.

Complemento ainda, que, como delegada(o), pretendo fazer o possível para estruturar as seguintes propostas e/ou ideias:

(PREENCHA AQUI ALGUMAS DE SUAS INTENÇÕES COMO DELEGADO, ATIVIDADES QUE PODE COLOCAR EM PRÁTICA NA SUA REGIÃO, PARCERIAS E/OU ATIVIDADES QUE JÁ REALIZA E QUE PODE AGREGAR A ABRAFIN ÀS INICIATIVAS JÁ REALIZADAS POR VOCÊ)

Atenciosamente,

(SEU NOME COMPLETO E ASSINATURA ACIMA DA LINHA)

(CIDADE, DATA)



ANEXO 3 – CARTA DE RECOMENDAÇÃO

Favor preencher substituindo os campos entre parênteses pelos dados solicitados.

Eu, (SEU NOME), (RG), (CPF), associado efetivo da ABRAFIN, recomendo (NOME DO PROPONENTE DA DELEGADO) para que se torne um delegado da ABRAFIN do estado do (UF), na cidade de (CIDADE).

Atenciosamente,

(SEU NOME COMPLETO E ASSINATURA ACIMA DA LINHA)

(CIDADE, DATA)



ABRAFIN
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

CNPJ: 11.727.822/0001-95