



Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins

À Senhora
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.
Assunto: **Requer Baixa de Registro Profissional.**

Eu, _____,
fonoaudiólogo(a), registrado(a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia ____ Região, sob o nº _____, de acordo com o art. 27 da Resolução CFFa n. 494/16, solicito a Vossa Senhoria, por não estar exercendo a profissão:

- Baixa de Registro Profissional Principal**
 Baixa de Registro Profissional Secundário

Marcar o motivo da Baixa:

- Aposentadoria
 Desempregado (a)
 Falecido (a)
 Mudança de País
 Não irá atuar como Fonoaudiólogo (a)
 Outros (Descreva o motivo da baixa): _____

Anexo para as devidas anotações os seguintes documentos:

- Cédula de Identidade Profissional de Fonoaudiólogo, **original**;
- Carteira Profissional do Fonoaudiólogo, **original**;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência em caso extravio, furto ou roubo da cédula e/ou carteira profissional, onde deverá constar a informação de extravio, furto/roubo do documento do Conselho;
- Cópia do comprovante do pagamento da anuidade do ano em que ocorrer a pedido de baixa.

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ **Município:** _____

Estado: _____ **CEP:** _____

E-mail: _____

Tel.Com.: _____ **Tel.Cel.** _____

Data: ____ / ____ / ____ Ass: _____

Representante do (a) Fonoaudiólogo (a):

Eu, _____.

Em virtude do falecimento do (a) fonoaudiólogo (a): _____, proceder a entrega da cópia autenticada da certidão de óbito, para que seja efetivada a baixa do registro profissional.

Data: ____ / ____ / ____ Ass: _____

Obs.: Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado, bem como informado de que terá o prazo de até 30 (trinta) dias para sanar a pendência, sob pena de indeferimento do requerimento e devolução dos documentos. O prazo para deferimento do requerimento começará a contar a partir da data em que a pendência for sanada. Não será aceita documentação incompleta. Os documentos devem ser enviados, através de carta registrada, sedex ou entregue pessoalmente, na Sede em Goiânia, Delegacia de Manaus ou Delegacia de Belém conforme endereço abaixo.

CREFONO5 - Goiânia
Rua 242 Qd. 71 Lt. 04
Setor Coimbra Goiânia – Goiás
CEP: 74.535-060
Fone/ Fax: (62) 3233-3209
(062) 3293-6124/ 3233-3620
www.crefono5.org.br

DELEGACIA CREFONO5 - MANAUS
Av. Carlota Joaquina, nº 87
Ed. Carvalho Center 3º andar
Conjunto Castelo Branco
Manaus/AM CEP: 69055-011
Fone: (92) 3236-5042
E-mail: deleg.manaus@crefono5.org.br

DELEGACIA CREFONO5 – BELÉM
Rua dos Pariquis nº 2999
Ed. Village Center, Sala 809
Bairro Cremação
Belém/PA CEP: 66040-045
Fone: (91) 3249-7519
E-mail: deleg.belem@crefono5.org.br