

Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

À (o) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região

Eu, _____, em atendimento ao disposto na Lei 6.965, de 09 de dezembro de 1981 e do Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, venho requerer a V. Sra. registro profissional no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.

FICHA DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA				
Nome:		Foto 3x4		
Nome Social (Se for o caso):				
Nacionalidade:	Naturalidade:			UF:
Nº do RG ou CNH (no caso da CNH deverá anexar à cópia da Certidão de Nascimento):	Órgão Emissor:			Data da Expedição:
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	UF:	
CPF:	Estado Civil:	Sexo:		
Pai:				
Mãe:				
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cidade:	UF:		
CEP:	Fone Res.: ()			
E-mail:	Cel.: ()			
Endereço Comercial:				
Bairro:	Cidade:	UF:		
CEP:	Fone Com.: ()			
ATENÇÃO: Assinalar endereço para correspondência: () Residencial () Comercial				
Autorizo envio de e-mails e mala-direta para fins de Divulgação: () Sim () Não				
Autorizo divulgação dos meus dados profissionais no site do CRFa 5ª Região () Sim () Não				
Faculdade / Universidade:				
Curso:	Data da Colação:	Data do Diploma:		

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento. Termos em que pede deferimento.

DATA: _____, de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL



Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO, CONFORME A RESOLUÇÃO CFFa nº 524/18.

- Requerimento de **Registro de Pessoa Física e termo de ciência** fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, devidamente preenchidos sem rasuras e assinados conforme documento de Identidade;
- 3 (três) fotografias 3x4 cm iguais, recentes, com fundo branco, sem data, sem borda, sem marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão;
- Cópia autenticada do diploma expedido por curso superior de Fonoaudiologia autorizado e reconhecido pelo MEC, preferencialmente, ou, cópia autenticada de certidão, certificado ou declaração de colação de grau do curso de Fonoaudiologia;
- Cópia autenticada da cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Cópia autenticada do CPF;
- Cópia autenticada da certidão de casamento, divórcio, separação ou averbação de alteração de nome ou inclusão do nome social, quando for o caso;
- Cópia autenticada do Certificado de Reservista;
- Cópia autenticada da Certidão de Regularidade Eleitoral fornecida pela Justiça Eleitoral;
- Comprovantes do pagamento da taxa de inscrição, anuidade (proporcional à data de inscrição) e taxas para emissão dos documentos profissionais;
- Data e assinatura na **ficha de inscrição** e no **termo de ciência**;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, em anexo.

Os documentos poderão ser apresentados pessoalmente, na Sede do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região, em cópia simples acompanhada dos originais para autenticação.

ATENÇÃO: Não será aceita documentação incompleta. Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado 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 pedido começará a contar a partir da data em que a documentação estiver completa. Os documentos devem ser enviados através de carta registrada, sedex ou entregue pessoalmente na Sede do Conselho em Goiânia.

Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar a Cédula de Identidade Profissional ou a Carteira Profissional de Fonoaudiólogo. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento obrigatório de acordo com normativo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades, caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de saber estar sujeito a ações judiciais, face o inadimplemento ser caracterizado infração disciplinar, podendo haver suspensão e cancelamento do exercício profissional e ainda posso requerer Baixa de Registro, no caso de não estar atuando.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. No ato do recebimento da Cédula de Identidade Profissional e da Carteira Profissional de Fonoaudiólogo deverei apor a impressão digital e assinar os documentos.
2. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
3. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
4. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
5. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
6. Requerer transferência de registro profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
7. Requerer reintegração de registro quando voltar a atuar profissionalmente;
8. Revalidar minha cédula de identidade profissional dentro do prazo estabelecido na mesma.

DATA: _____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

OBSERVAÇÃO: Imprimir, preencher e assinar as 2 (duas) vias, sendo uma via do CRFa e outra do Fonoaudiólogo.



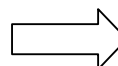
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

FORMULÁRIO PARA DIGITALIZAÇÃO

Eu, _____ fonoaudiólogo (a),
registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia – 5ª Região, CRFa 5 - _____, declaro
sob as penas da lei e do Código de Ética da Fonoaudiologia, que são verdadeiros os dados informados
neste formulário. Encaminho minha foto, digitais e assinatura para serem digitalizadas nos
documentos profissionais.

FOTO:

Foto 3x4cm, recente, com fundo branco, sem data, sem borda, sem
marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que
dificultem a identificação do profissional, bem como camisa regata,
decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão.



Colar foto
aqui

DIGITAIS:

Colocar com **tinta preta**
as impressões digitais do
dedo polegar direito nos
3 quadrados ao lado,
sem encostar nas linhas



POLEGAR DIREITO

POLEGAR DIREITO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA:

Assinar no quadro abaixo, conforme documentos de identificação (preferencialmente RG). De forma
centralizada, **com caneta de tinta preta**, sem encostar nas linhas e em uma única linha.

Assinatura do profissional

Data: ___/___/___

ATENÇÃO: Esta folha deverá ser impressa em papel branco e sem rasuras.