

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

À Senhora

Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.

Assunto: **Solicita a transferência compulsória do CRFa 6ª Região para o CRFa 5ª Região.**

Eu, \_\_\_\_\_,  
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 6ª Região sob o nº  
CRFa 6- \_\_\_\_\_, solicito a Vossa Senhoria a **transferência compulsória de registro  
profissional**, de acordo com o disposto na Resolução CFFa nº 524/18.

**Anexo a este requerimento a seguinte documentação:**

- Cédula de identidade profissional original;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência devendo constar a informação de extravio, furto ou roubo do documento do Conselho (Cédula). Neste caso, deverá solicitar a 2ª via da Cédula Profissional;
- 2 (duas) 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;
- Carteira profissional de Fonoaudiólogo original para as devidas anotações;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência devendo constar a informação de extravio, furto ou roubo do documento do Conselho (Carteira). Neste caso, deverá solicitar a 2ª via da Carteira Profissional;
- Cópia autenticada da certidão de casamento, divórcio, separação ou averbação de alteração de nome, quando for o caso;
- Cópia autenticada da cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, em anexo.

**Endereço residencial:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Tel. com DDD: Com. ( )** \_\_\_\_\_ **Res.( )** \_\_\_\_\_ **Cel. ( )** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**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.**



Rua 242, nº 30 quadra 71 lote 04 – Setor Coimbra

Cep: 74.535-060 Goiânia – Goiás

Fones: (62) 3293-6124/ 3233-3209

3233-3620 / 3233-3269

[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br)

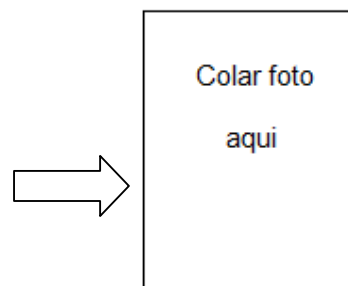
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

**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.

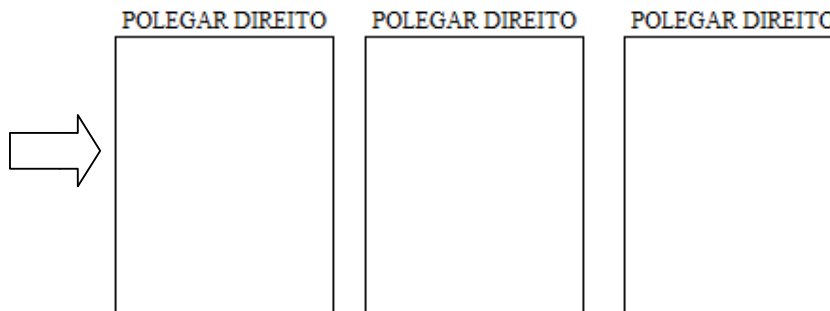
**FOTO:**

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.



**DIGITAIS:**

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



**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.**

