

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

À Senhora Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.

Assunto: **Requer transferência de registro por mudança no endereço profissional.**

Senhora Presidente,

Eu, _____,
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região, sob o nº
CRFa 5- _____, de acordo com o art. 20 da Resolução CFFa nº 524/18, venho, respeitosamente,
requerer a Vossa Senhoria **transferência de Registro por mudança no endereço da atividade
profissional principal para jurisdição do CReFa _____ Região.**

Anexo a este requerimento a seguinte documentação:

- Carteira Profissional do Fonoaudiólogo, azul de capa dura, **original**;
- Cédula de Identidade Profissional do Fonoaudiólogo, **original**;
- 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;
- Cópia autenticada da Certidão de Casamento, com 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 na nova jurisdição: _____

Bairro: _____ **Município:** _____

Estado: _____ **CEP:** _____

E-mail: _____

Tel. com DDD: Com. () _____ Res. () _____ Cel. () _____

Data: ____ / ____ / ____ **Assinatura:** _____

Endereço comercial na nova jurisdição: _____

Bairro: _____ **Município:** _____

Estado: _____ **CEP:** _____

E-mail: _____

Tel. com DDD: Com. () _____ Res. () _____ Cel. () _____

Data: ____ / ____ / ____ **Assinatura:** _____

Obs.: Se não possuir endereço comercial no ato deste requerimento, estou ciente que deverei apresentá-lo, posteriormente, ao CReFa _____ Região para que se proceda a atualização do meu cadastro.

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

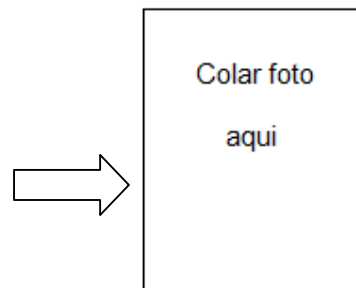
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

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.

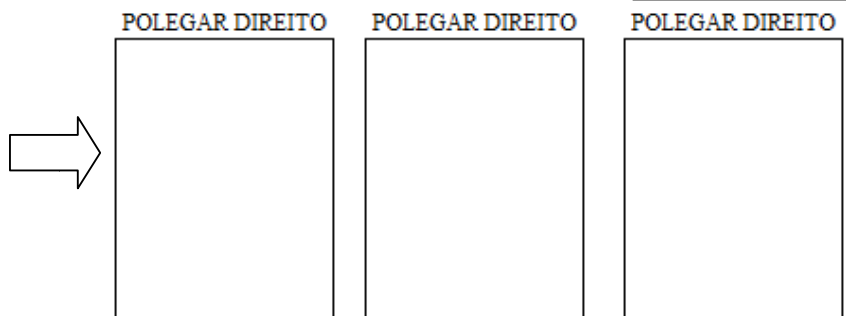
FOTO:

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 trajas 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.

