

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA
BAIXA DE REGISTRO**

Ilmo (a) Sr (a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 5ª Região.

Nome: _____ CRFa ____ - ____
Nome (social): _____
Endereço residencial: _____
Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - ____
Telefone (DDD): _____ E-mail: _____
Celular (DDD): _____
Documento de identificação: _____ Órgão emissor: _____ Data da expedição: ____/____/____
Título de eleitor*: _____ Zona*: _____ Seção*: _____ UF*: _____
Gênero: () Masculino () Feminino () Outro: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade (cidade/estado): _____
CPF: _____ Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()
Outro: _____
Filiação: _____ e _____

Endereço comercial: _____
Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - ____

Faculdade/Universidade: _____
Data da colação de grau*: ____/____/____ Data de emissão do diploma*: ____/____/____

Endereço para correspondência: () Residencial () Comercial

Com base na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), autorizo o envio de e-mails e malas-diretas para fins de divulgação: () Sim () Não

* Informações obrigatórias apenas para o pedido de inscrição.

REQUERIMENTO:

(X) Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 25

Resolução CFFa nº 609/2021: www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_609_21.htm

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

_____, ____ de _____ de 202____. _____
Assinatura do profissional

ASSINAR CENTRALIZADO NO QUADRO ABAIXO, SEM ENCOSTAR NAS LINHAS COM CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA NA COR PRETA CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Empty box for signature and stamp.

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO, CONFORME A RESOLUÇÃO CFFa Nº 609/2021

() **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): _____.

- a) REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA – BAIXA DE REGISTRO, devidamente preenchido, sem rasura e assinado com caneta esferográfica de **tinta na cor preta** conforme documento de identidade;
- b) COMPROVANTE DE PAGAMENTO da anuidade proporcional à data do requerimento.

Representante do (a) Fonoaudiólogo (a):

Eu, _____.

Em virtude do falecimento do (a) fonoaudiólogo (a): _____,

proceder à entrega da cópia da certidão de óbito ou outras comprovações oficiais, para que seja efetivada a baixa do registro profissional.

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

Obs: O requerimento de baixa do registro poderá ser preenchido e assinado com caneta esferográfica de **tinta na cor preta** por Procurador devidamente constituído por procuração assinada com caneta esferográfica de **tinta na cor preta** pelo profissional. Neste caso, deverá anexar à procuração ao requerimento.

Em caso de falecimento, os documentos poderão ser apresentados em cópias simples, acompanhadas dos originais para autenticação, ou acompanhadas de uma declaração de veracidade das informações apresentadas (datada e assinada pelo Procurador), modelo em anexo.

O prazo para finalização de processo é de até 30 dias úteis, contados a partir da entrega correta e completa dos documentos e do comprovante do pagamento da anuidade.

Este requerimento e documentos deverão ser encaminhados para a 5ª Região por e-mail em formato PDF com fundo branco (sem redução da qualidade das imagens), correios ou pessoalmente.

Sede:

registro@crefono5.org.br

Endereço: Rua 242, QD. 71, LT. 04. Setor Coimbra. Goiânia – GO. CEP: 74.535-060.

ANEXO

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu, nome completo: _____,
nacionalidade: _____, estado civil: _____,
Fonoaudiólogo (a), portador (a) da carteira de identidade de número: _____,
inscrito (a) no CPF de número: _____, residente e domiciliado (a) no
endereço: _____.

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos apresentados no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5º Região são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura crimes previstos nos artigos 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

_____, _____ de _____ de _____

Nome completo por extenso

Assinatura