

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA
REGISTRO SECUNDÁRIO PARA O CRFa _____

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: _____ **CPF:** _____ **Estado civil:** () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()
Nacionalidade: _____ **Naturalidade (cidade/estado):** _____
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) Registro secundário para o CRFa _____, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 12

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**

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

- a) REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA – REGISTRO SECUNDÁRIO, devidamente preenchido, sem rasura e assinado com caneta esferográfica de **tinta na cor preta** conforme documento de identidade;
- b) CÓPIA DE DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO com os dados atualizados, com foto, em que conste o número completo do RG;
- c) CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ou óbito do cônjuge ou averbação de divórcio ou de alteração de nome;
- d) DECLARAÇÃO de veracidade das informações apresentadas (datada e assinada pelo fonoaudiólogo), modelo em anexo;
- e) COMPROVANTE DE PAGAMENTO da anuidade;
- f) COMPROVANTE ou DECLARAÇÃO de próprio punho, constando o tipo sanguíneo e o fator RH, datada e assinada pelo fonoaudiólogo (documento facultativo);
- g) 01 (uma) FOTOGRAFIA 3x4cm, recente, com fundo branco, sem data, sem bordas, sem marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como sem camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão fonoaudiológica.

FOTO	
Modelo	
	
Característica: Alinhada na horizontal pelos olhos, em disposição frontal, fundo branco, apresentação neutra e centralizada.	
ASSINATURA	
	Característica: Centralizada, em fundo branco, com seus traços em preto e legíveis ao olho nú, sem encostar nas linhas.

Os documentos aludidos nas alíneas “b”, e “c”, poderão ser apresentados em cópias simples, acompanhadas dos originais para autenticação, ou acompanhados de uma declaração de veracidade das informações apresentadas (datada e assinada pelo fonoaudiólogo).

O prazo para finalização de processo é de até 15 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