

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA REINTEGRAÇÃO

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) Reintegração, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 30

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



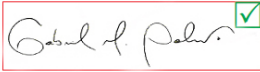
Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento.
Termos em que peço deferimento.

_____, ____ 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 – REINTEGRAÇÃO, 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 proporcional à data do requerimento, taxa para emissão do Cartão de Identificação Profissional e taxa reintegração;
- 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 30 dias úteis, contados a partir da entrega correta e completa dos documentos e do comprovante do pagamento.

1. O profissional com registro em baixa e em situação regular, que pretende retomar suas atividades em jurisdição diversa do Regional de registro de origem ou principal, poderá, concomitantemente, requerer a reintegração e a transferência do registro por alteração de endereço profissional no Conselho Regional de Fonoaudiologia de registro de origem ou principal. Neste caso, o prazo para finalização de processo será de até 45 dias úteis, contados a partir da entrega correta e completa dos documentos e do comprovante do pagamento.

2. Conforme a RESOLUÇÃO CFFa Nº 609, Art. 30: § 1º O profissional que possuir débitos anteriores à solicitação da baixa, ao requerer a reintegração, deverá quitá-los.

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