

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA  
TRANSFERÊNCIA COMPULSÓRIA DO CRFa 6 PARA O CRFa 5**

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 ) Transferência compulsória do CRFa 6 para o CRFa 5, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 23  
Resolução CFFa nº 609/2021: [www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes\\_html/CFFa\\_N\\_609\\_21.htm](http://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.



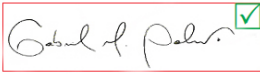
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

**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.

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

- a) REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA – TRANSFERÊNCIA COMPULSÓRIA, 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 taxa para a emissão do Cartão de Identificação Profissional;
- 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.

| <b>FOTO</b>   |  |
|---|--|
| <b>Modelo</b>   |  |
|   |    |
| <b>Característica:</b> Alinhada na horizontal pelos olhos, em disposição frontal, fundo branco, apresentação neutra e centralizada. |  |
| <b>ASSINATURA</b>   |  |
|    | <b>Característica:</b> 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 da taxa.**

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](mailto: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