

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA
REVALIDAÇÃO**

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) Revalidação, nos termos da Resolução CFFa nº 613/2021

Resolução CFFa nº 613/2021: www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_613_21.htm

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



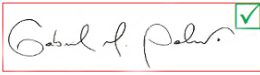
_____, _____ de _____ de 202____. _____
Assinatura do profissional

**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 613/2021

- a) REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA – REVALIDAÇÃO E O TERMO DE CIÊNCIA, 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.

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 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.

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

Via do CRFa. 5ª Região

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar o Cartão de Identificação Profissional. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento é obrigatório de acordo com normativo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades, caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de saber estar sujeito a ações judiciais, face o inadimplemento ser caracterizado infração disciplinar, podendo haver suspensão e cancelamento do exercício profissional e ainda posso requerer Baixa de Registro, no caso de não estar atuando.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
2. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
3. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
4. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
5. Requerer Transferência de Registro Profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
6. Requerer Reintegração de Baixa de Registro quando voltar a atuar profissionalmente;
7. Participar das eleições realizadas por este órgão. O voto é obrigatório, conforme determina a Lei 6965/81. A falta do voto implica em multa eleitoral.
8. Ao ser contratado por uma empresa, verificar se a ela está registrada no Conselho;
9. **Enviar a cópia do diploma. Caso a cópia do diploma não seja enviado para o regional no prazo de até 1 (um) ano, o registro será cancelado**, salvo se o atraso decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo fonoaudiólogo, antes da expiração do prazo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Via do (a) Fonoaudiólogo (a)

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar o Cartão de Identificação Profissional. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento é obrigatório de acordo com normativo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades, caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de saber estar sujeito a ações judiciais, face o inadimplemento ser caracterizado infração disciplinar, podendo haver suspensão e cancelamento do exercício profissional e ainda posso requerer Baixa de Registro, no caso de não estar atuando.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
2. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
3. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
4. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
5. Requerer Transferência de Registro Profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
6. Requerer Reintegração de Baixa de Registro quando voltar a atuar profissionalmente;
7. Participar das eleições realizadas por este órgão. O voto é obrigatório, conforme determina a Lei 6965/81. A falta do voto implica em multa eleitoral.
8. Ao ser contratado por uma empresa, verificar se a ela está registrada no Conselho;
9. **Enviar a cópia do diploma. Caso a cópia do diploma não seja enviado para o regional no prazo de até 1 (um) ano, o registro será cancelado**, salvo se o atraso decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo fonoaudiólogo, antes da expiração do prazo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

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