

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA  
REINTEGRAÇÃO**

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

Nome: \_\_\_\_\_ CRFa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ 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. 35

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.

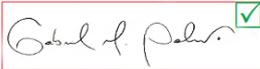
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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**

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

- 1) REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA – 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL, devidamente preenchido, sem rasura e assinado com caneta esferográfica de **tinta na cor preta** conforme documento de identidade e identificando o nome social, se for o caso;
- 2) CÓPIA DO DIPLOMA frente e verso;
- 3) CÓPIA DE DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO com os dados atualizados, com foto, em que conste o número completo do RG;
- 4) CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ou óbito do cônjuge ou averbação de divórcio ou de alteração de nome;
- 5) DECLARAÇÃO de veracidade das informações apresentadas (datada e assinada pelo fonoaudiólogo), modelo em anexo;
- 6) COMPROVANTE DE PAGAMENTO da taxa para a emissão da 2ª via Cartão de Identificação Profissional;
- 7) COMPROVANTE ou DECLARAÇÃO de próprio punho, constando o tipo sanguíneo e o fator RH, datada e assinada pelo fonoaudiólogo (documento facultativo);
- 8) CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ou declaração simples de próprio punho de veracidade das informações, em caso de extravio, furto ou roubo dos documentos de identidade profissional, quando for o caso;
- 9) CÓPIA DA AVERBAÇÃO NA CERTIDÃO DE NASCIMENTO pelo cartório de registro da alteração de gênero e de nome, quando for o caso;
- 10) 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 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.**

**E-mail para envio:**

[registro@crefono5.org.br](mailto:registro@crefono5.org.br)

SEDE: Condomínio Absolut Business Style  
Avenida T-4, nº1478, Qd.169-A, Lt.1/2/17/18, Salas 61A a 66A, Setor Bueno  
Cep: 74.230-030 / Goiânia – Goiás  
Fones: (62) 3293-6124/ 3233-3209/ 3233-3620 / 3233-3269

[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br) @crefono\_5

**ANEXO I**

**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 5ª 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