

FOTO
3X4
RECENTE
COM FUNDO
BRANCO

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA
TRANSFERÊNCIA COMPULSÓRIA DA 6ª PARA 5ª REGIÃO**

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) Transferência compulsória, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021.

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 20____.

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 – TRANSFERÊNCIA COMPULSÓRIA, 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 do 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 DA AVERBAÇÃO NA CERTIDÃO DE NASCIMENTO pelo cartório de registro da alteração de gênero e de nome, quando for o caso;
- 9) 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 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 do processo é de até 45 dias úteis, contados a partir da entrega correta e completa dos documentos e do comprovante de 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

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 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