

Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

À Senhora,  
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região

Assunto: **Solicitação de 1ª Via de Carteira Profissional.**

Senhora Presidente,

Eu, \_\_\_\_\_,  
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região sob o nº  
CRFa 5- \_\_\_\_\_, solicito a Vossa Senhoria a **1ª via de Carteira Profissional.**

**Anexo os seguintes documentos:**

- Comprovante de pagamento da taxa respectiva e quitação dos débitos, caso existam;
- 2 (duas) fotografias 3x4 cm iguais, recentes, com fundo branco, sem data, sem borda, sem marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão;
- Cópia autenticada da Certidão de Casamento, com divórcio, separação ou averbação de alteração de nome, quando for o caso;
- Cópia autenticada da cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Caso haja alteração de nome (casamento/divórcio) deverá solicitar também a **2ª via de Cédula profissional** e enviar a cópia autenticada da Certidão de Casamento, com divórcio, separação ou averbação de alteração de nome;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, com reconhecimento de firma da assinatura.

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. com DDD: Com. ( ) \_\_\_\_\_ Res. ( ) \_\_\_\_\_ Cel. ( ) \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Não será aceita documentação incompleta. Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado de que terá o prazo de até 30 (trinta) dias para sanar a pendência, sob pena de indeferimento do requerimento e devolução dos documentos. O prazo para deferimento do pedido começará a contar a partir da data em que a documentação estiver completa. Os documentos devem ser enviados através de carta registrada, sedex ou entregue pessoalmente na Sede do Conselho em Goiânia.



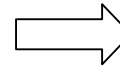
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

**FORMULÁRIO PARA DIGITALIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia – 5ª Região, CRFa 5 - \_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei e do Código de Ética da Fonoaudiologia, que são verdadeiros os dados informados neste formulário. Encaminho minha **foto, digitais e assinatura** para serem digitalizadas nos documentos profissionais.

**FOTO:**

Foto 3x4cm, recente, com fundo branco, sem data, sem borda, sem marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão.



Colar foto  
aqui

**DIGITAIS:**

Colocar com **tinta preta ou azul** as impressões digitais do dedo polegar direito nos 3 quadrados ao lado, **sem encostar nas linhas.**



POLEGAR DIREITO

POLEGAR DIREITO

POLEGAR DIREITO

**ASSINATURA:**

Assinar no quadro abaixo, conforme documentos de identificação (preferencialmente RG). De forma centralizada, **com caneta de tinta preta ou azul, sem encostar nas linhas e em uma única linha.**

**RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA AQUI:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO: ESTA FOLHA DEVERÁ SER IMPRESSA EM PAPEL BRANCO, SEM RASURAS E NÃO PODERÁ SER DOBRADA. O RECONHECIMENTO DE FIRMA NÃO PODERÁ SER FEITO EM CIMA DA ASSINATURA DE FORMA QUE IMPEÇA A COLETA DA MESMA.**