

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

À (o) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região

Eu, \_\_\_\_\_, em atendimento ao disposto na Lei 6.965, de 09 de dezembro de 1981 e do Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, venho requerer a V. Sra. registro profissional no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.

FICHA DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA				
Nome:		Foto 3x4		
Nome Social (Se for o caso):				
Nacionalidade:	Naturalidade:			UF:
Nº do RG ou CNH (no caso da CNH deverá anexar à cópia da Certidão de Nascimento):	Órgão Emissor:			Data da Expedição:
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	UF:	
CPF:	Estado Civil:	Sexo:		
Pai:				
Mãe:				
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cidade:	UF:		
CEP:	Fone Res.: ( )			
E-mail:	Cel.: ( )			
Endereço Comercial:				
Bairro:	Cidade:	UF:		
CEP:	Fone Com.: ( )			
ATENÇÃO: Assinalar endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial				
Autorizo envio de e-mails e mala-direta para fins de Divulgação: ( ) Sim ( ) Não				
Autorizo divulgação dos meus dados profissionais no site do CRFa 5ª Região ( ) Sim ( ) Não				
Faculdade / Universidade:				
Curso:	Data da Colação:	Data do Diploma:		

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

DATA: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL



Rua 242, nº 30 quadra 71 lote 04 – Setor Coimbra  
Cep: 74.535-060 Goiânia – Goiás  
Fones: (62) 3293-6124/ 3233-3209  
3233-3620 / 3233-3269  
[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br)

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

**DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO, CONFORME A RESOLUÇÃO CFFa nº 524/18.**

- Requerimento de **Registro de Pessoa Física e termo de ciência** fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, devidamente preenchidos sem rasuras e assinados conforme documento de Identidade;
- 3 (três) 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 do diploma expedido por curso superior de Fonoaudiologia autorizado e reconhecido pelo MEC, preferencialmente, ou, cópia autenticada de certidão, certificado ou declaração de colação de grau do curso de Fonoaudiologia;
- Cópia autenticada da cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Cópia autenticada do CPF;
- Cópia autenticada da certidão de casamento, divórcio, separação ou averbação de alteração de nome ou inclusão do nome social, quando for o caso;
- Cópia autenticada do Certificado de Reservista;
- Cópia autenticada da Certidão de Regularidade Eleitoral fornecida pela Justiça Eleitoral;
- Comprovantes do pagamento da taxa de inscrição, anuidade (proporcional à data de inscrição) e taxas para emissão dos documentos profissionais;
- Data e assinatura na **ficha de inscrição** e no **termo de ciência**;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, com reconhecimento de firma da assinatura.

**Os documentos poderão ser apresentados pessoalmente, na Sede do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região, em cópia simples acompanhada dos originais para autenticação.**

**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.

**TERMO DE CIÊNCIA**

Declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar a Cédula de Identidade Profissional ou a Carteira Profissional de Fonoaudiólogo. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento 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. No ato do recebimento da Cédula de Identidade Profissional e da Carteira Profissional de Fonoaudiólogo deverei apor a impressão digital e assinar os documentos.
2. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
3. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
4. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
5. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
6. Requerer transferência de registro profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
7. Requerer reintegração de registro quando voltar a atuar profissionalmente;
8. Revalidar minha cédula de identidade profissional dentro do prazo estabelecido na mesma.

**DATA:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL**

**OBSERVAÇÃO:** Imprimir, preencher e assinar as 2 (duas) vias, sendo uma via do CRFa e outra do Fonoaudiólogo.



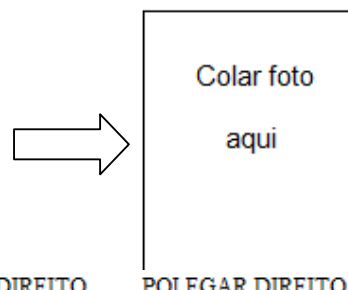
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

**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.

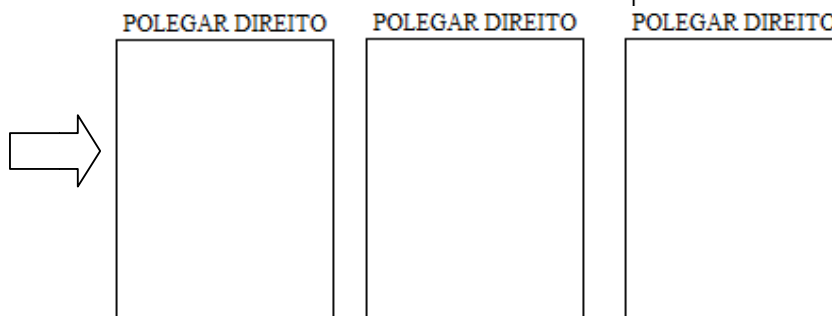
**FOTO:**

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 trajas não condizentes com a dignidade da profissão.



**DIGITAIS:**

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



**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.**

