

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

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

Assunto: **Solicita reintegração de registro profissional principal ou secundário.**

Senhora Presidente,

Eu, _____,
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região sob o nº
CRFa 5-_____, solicito a Vossa Senhoria **Reintegração do Registro Profissional**, de
acordo com o disposto no art. 35 da Resolução CFFa nº 524/18.

Anexo para as devidas anotações os seguintes documentos:

- Carteira Profissional do Fonoaudiólogo para anotações;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência devendo constar a informação de extravio, furto ou roubo do documento do Conselho (carteira). Neste caso devendo solicitar também a 2ª via da Carteira Profissional;
- Cópia autenticada da Certidão de Casamento, divórcio, separação ou averbação de alteração de nome, quando for o caso;
- 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 cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Cópia do comprovante de pagamento da anuidade vigente e das taxas correspondentes;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, com reconhecimento de firma da assinatura.

ATENÇÃO: O profissional que possuir débitos anteriores à solicitação da baixa, ao requerer a reintegração, deverá quitá-los.

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.



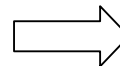
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

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 trajés 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.

