

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

À Senhora

Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.

Assunto: **Solicita revalidação da cédula de identidade profissional.**

Eu, _____,
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região sob o nº
CRFa 5- _____, solicito a Vossa Senhoria **Revalidação da Cédula de Identidade
Profissional**, de acordo com o disposto no art. 41 da Resolução CFFa nº 524/18.

Anexo a este requerimento a seguinte documentação:

- 1 (uma) foto 3x4 cm, 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;
- Comprovante de pagamento da taxa correspondente;
- Cédula de identidade profissional original;
- Carteira profissional de Fonoaudiólogo original para as devidas 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 cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto;
- Cópia autenticada da certidão de casamento, divórcio, separação ou averbação de alteração de nome, quando for o caso.
- 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.



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

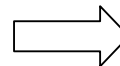
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

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.

