

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

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

Assunto: **Requer transferência de registro por mudança no endereço profissional.**

Senhora Presidente,

Eu, \_\_\_\_\_,  
fonoaudiólogo (a), registrado (a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região, sob o nº  
CRFa 5- \_\_\_\_\_, de acordo com o art. 20 da Resolução CFFa nº 524/18, venho, respeitosamente,  
requerer a Vossa Senhoria **transferência de Registro por mudança no endereço da atividade  
profissional principal para jurisdição do CRFa \_\_\_\_\_ Região.**

**Anexo a este requerimento a seguinte documentação:**

- Carteira Profissional do Fonoaudiólogo, azul de capa dura, **original**;
- Cédula de Identidade Profissional do Fonoaudiólogo, **original**;
- 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;
- Enviar preenchido o **Formulário para Digitalização**, com reconhecimento de firma da assinatura.

**Endereço residencial na nova jurisdição:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Endereço comercial na nova jurisdição:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Obs.: Se não possuir endereço comercial no ato deste requerimento, estou ciente que deverei apresentá-lo posteriormente, ao CRFa \_\_\_\_\_ Região para que se proceda a atualização do meu cadastro.

**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](http://www.crefono5.org.br)

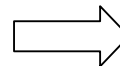
Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

**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.**

