

**DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO CONFORME A  
RESOLUÇÃO CFFa nº 609/21:**

**Lista de documentos necessários para baixa de registro:**

- 1) requerimento de pessoa física fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, devidamente preenchidos, sem rasuras e assinados com caneta esferográfica de tinta na cor preta conforme documento de identidade;
- 2) cópia de documento oficial de identificação com os dados atualizados, com foto, em que conste o número completo do RG, em caso de alteração do número;
- 3) declaração de veracidade das informações.

**Art. 25** A baixa de registro será concedida no caso de interrupção do exercício profissional, quando requerida pelo profissional.

**Art. 26** A baixa do registro deverá ser requerida ao(s) Conselho(s) Regional(is) de Fonoaudiologia em que tiver registro profissional ativo, pessoalmente, via correios ou via internet, sendo instruída, obrigatoriamente, por requerimento de baixa de registro fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, devidamente preenchido, sem rasuras e assinado com caneta esferográfica de tinta na cor preta conforme documento de identidade, dirigido ao presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia, de forma física ou digital, sem redução da qualidade das imagens.

**§ 1º** O formulário de requerimento de baixa de registro profissional poderá, ainda, ser preenchido e assinado com caneta esferográfica de tinta na cor preta por procurador, desde que devidamente constituído por procuração assinada com caneta esferográfica de tinta na cor preta pelo profissional.

**§ 2º** No caso de falecimento do profissional, será concedida a inatividade do seu registro com a apresentação de certidão de óbito ou outras comprovações oficiais, na sede ou subsede do Conselho Regional de Fonoaudiologia, na forma física ou digital, sem redução da qualidade da imagem.

**§ 3º** A anuidade a ser cobrada será calculada com base na data do requerimento sobre o valor correspondente a tantos duodécimos quantos forem os meses até a data do requerimento.

**§ 4º** O Conselho Regional de Fonoaudiologia deverá, no prazo de 30 (trinta) dias úteis, concluir a baixa do registro profissional e comunicar o profissional.

**Art. 27** Durante o período de vigência da baixa, nenhuma anuidade ou taxa será gerada ao profissional pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, sendo cobrados somente os débitos existentes.

**Os documentos devem ser enviados através de e-mail no endereço [crefono9@crefono9.org.br](mailto:crefono9@crefono9.org.br), carta registrada, sedex ou entregues pessoalmente na Sede do Conselho em Manaus ou na Subsede do Conselho em Belém.**



## REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Ilmo(a) Sr(a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da \_\_\_\_ Região

Nome: \_\_\_\_\_

Nome (social): \_\_\_\_\_ CRFa \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Telefone(DDD): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Celular (DDD): \_\_\_\_\_

Documento de identificação: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ Data da expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de eleitor\*: \_\_\_\_\_ Zona\*: \_\_\_\_\_ Seção\*: \_\_\_\_\_ UF\*: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade (cidade/estado): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( )

Outro: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Faculdade/Universidade: \_\_\_\_\_

Data da colação de grau\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de emissão do diploma\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial

Com base na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), autorizo o envio de e-mails e malas-diretas para fins de divulgação:

( ) Sim ( ) Não

\* Informações obrigatórias apenas para o pedido de inscrição.

### REQUERIMENTO:

( ) Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 25

Resolução CFFa nº 609/2021: [www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes\\_html/CFFa\\_N\\_609\\_21.htm](http://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_609_21.htm)

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento.

Termos em que peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura do profissional

**ASSINAR CENTRALIZADO NO QUADRO ABAIXO, SEM ENCOSTAR NAS LINHAS COM CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA NA COR PRETA CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIDADE**

#### CREFONO9 – SEDE Manaus

Av. Maneca Marques, 520 / Conjunto Jardim Yolanda

Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus- AM

CEP. 69055-021 / Telefone: (92) 3342-4300

crefono9@crefono9.org.br

#### CREFONO 9 – SUBSEDE PARÁ

Rua dos Pariquis nº 2999 Ed. Village Center, Sala 809

Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045 Tel: (91)

3249-7519



**CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA  
9ª REGIÃO**



**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

Declaro estar ciente que para exercer legalmente a profissão de fonoaudiólogo devo portar o Cartão de Identificação Profissional do fonoaudiólogo e atuar de acordo com os preceitos da Lei 6.965/81, observando igualmente o Código de Ética da Fonoaudiologia.

Tenho ciência do dever de manter-me em dia com o pagamento das anuidades, de acordo com os artigos 20 e 21, VI, da Lei 6.965/81 e Resoluções do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de estar sujeito a ações judiciais ou protesto face a eventual inadimplemento.

Declaro estar ciente que no caso de não estar atuando devo requerer Baixa do Registro Profissional sob pena de todo ano gerar anuidade, visto que, nos termos do art. 5º. da Lei 12.514/2011, o fato gerador da obrigação de pagar anuidades é a existência de inscrição no Conselho, ainda que por tempo limitado, ao longo do exercício.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. No ato do recebimento do Cartão de Identificação Profissional do fonoaudiólogo, conferir todos os dados pessoais e comunicar imediatamente qualquer irregularidade ao Conselho;
  2. Procurar orientação junto aos departamentos de Registros e de Orientação e Fiscalização do Conselho, sempre que necessário;
  3. Sempre atender as convocações do Conselho Regional de Fonoaudiologia;
  4. Manter sempre atualizado meus dados cadastrais: dados pessoais e civis, endereço residencial, comercial, endereço eletrônico e telefones.
  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, no caso de baixa da inscrição, quando voltar a atuar profissionalmente;
  8. Participar da Eleição do CRFa-9ª Região, que ocorre a cada 3 anos, de acordo com o art. 8º. da Lei 6.965/81, sob pena de multa.
  09. Acompanhar as publicações das Resoluções e normas internas do Sistema CFFa/CRFas.
  10. Denunciar o Exercício ilegal da Fonoaudiologia ao Conselho.
- Por ser verdade, dato e assino o presente termo, para os fins de direito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) profissional

**CREFONO9 – SEDE Manaus**

Av. Maneca Marques, 520 / Conjunto Jardim Yolanda  
Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus- AM  
CEP. 69055-021 / Telefone: (92) 3342-4300  
crefono9@crefono9.org.br

**CREFONO 9 – SUB-SEDE BELÉM**

Rua dos Pariquis, nº 2999 - Ed. Village Center, Sala 809,  
Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045  
delegacia.crefono9@crefono9.org.br  
Tel: (91) 2121-0902



**(Modelo – Deverá ser feito de próprio punho, totalmente escrito à mão, em um papel em branco, à caneta, com sua caligrafia usual)**

### **DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

Eu, **(nome completo)**, inscrito(a) no CPF nº **xxx.xxx.xxx-xx**, declaro, para os devidos fins, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados que apresento no Crefono 9 são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

**(Cidade/UF), (dia) de (mês) de (ano).**

---

Assinatura do(a) declarante

**CREFONO9 – SEDE Manaus**

Av. Maneca Marques, 520 / Conjunto Jardim Yolanda  
Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus- AM  
CEP. 69055-021 / Telefone: (92) 3342-4300  
crefono9@crefono9.org.br

**CREFONO 9 – SUB-SEDE BELÉM**

Rua dos Pariquis, nº 2999 - Ed. Village Center, Sala 809,  
Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045  
delegacia.crefono9@crefono9.org.br  
Tel: (91) 2121-0902