

**DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO CONFORME A
RESOLUÇÃO CFFa nº 613/21:**

REVALIDAÇÃO

Art. 2º A revalidação da Cédula de Identidade Profissional é condição de legitimidade do exercício da profissão e é obrigatória a todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, para a obtenção do Cartão de Identificação Profissional e da Carteira Profissional Digital.

Parágrafo único. O profissional que não proceder com a revalidação da cédula de identidade profissional no prazo de validade desta poderá sofrer processo administrativo simplificado e responder às determinações legais vigentes.

Art. 3º A solicitação para o Cartão de Identificação Profissional será protocolada no Conselho Regional de Fonoaudiologia e será constituída, obrigatoriamente, da seguinte documentação física ou digital, sem redução da qualidade das imagens:

a) o requerimento de registro de pessoa física, em “outros” descrever revalidação, e o **termo de ciência** fornecidos pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, devidamente preenchidos, sem rasuras e assinados com **caneta esferográfica de tinta na cor preta, conforme documento de identidade;**

b) 1 (uma) fotografia 3x4 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 sem camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão;

c) comprovante de pagamento da taxa correspondente;


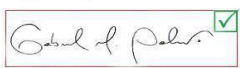
d) cópia da cédula de identidade (RG) ou outro documento oficial de identificação, com foto, que conste o número completo do RG;

e) cópia da certidão de casamento ou óbito do cônjuge ou averbação de divórcio ou de alteração de nome;

§ 1º O Conselho Regional de Fonoaudiologia, com a finalidade de manter atualizados os dados cadastrais e profissionais do fonoaudiólogo, poderá requerer outros documentos além dos elencados nas alíneas do presente artigo.

§ 2º Os documentos aludidos nas alíneas "d" e "e" poderão ser apresentados em cópias simples, acompanhadas dos originais para autenticação, ou acompanhados de uma declaração de veracidade das informações.

§ 3º Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado e informado de que terá o prazo de até 30 (trinta) dias úteis para sanar a pendência, sob pena de indeferimento do requerimento.

FOTO	
Modelo	
	
Característica: Alinhada na horizontal pelos olhos, em disposição frontal, fundo branco, apresentação neutra e centralizada.	
ASSINATURA	Característica: Centralizada, em fundo branco, com seus traços em preto e legíveis ao olho nú, sem encostar nas linhas.
	

O prazo para finalização de processo é de até 45 dias, após entrega completa e correta dos documentos e pagamento, quando houver. Os documentos devem ser enviados através de e-mail no endereço registro@crefono9.org.br, carta registrada, sedex ou entregues pessoalmente na Sede do Conselho em Manaus ou na Subsede do Conselho em Belém.



Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima

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:

() Revalidação, nos termos da Resolução CFFa nº 613/2021.

Resolução CFFa nº 609/2021: 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 – SUB-SEDE BELÉM

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



**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

(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