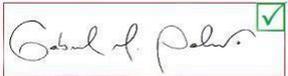


**DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO CONFORME
A RESOLUÇÃO CFFa nº 609/21:**

A **Transferência De Registro** por mudança do local de atuação de jurisdição será requerida ao Conselho Regional de Fonoaudiologia em que o profissional possui registro de origem ou principal e ativo, pessoalmente, via correio ou pela internet, por meio da apresentação obrigatória da seguinte documentação física ou digital, sem redução da qualidade das imagens:

- a. **requerimento de transferência** por mudança do local de atuação para outra jurisdição fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia de origem ou principal, devidamente preenchido, **com endereço residencial ou comercial completo da nova jurisdição, 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 registro de origem ou principal e ativo;
- 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. cópia da certidão de casamento ou óbito do cônjuge ou averbação de divórcio ou de alteração de nome;
- d. 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.
- e. cópia do diploma, frente e verso, caso não tenha sido entregue anteriormente.

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

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.

A transferência de região será concedida aos profissionais em situação regular no Crefono 9 (sem boletos vencidos e documentação regularizada). 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.

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:

() Transferência do CRFa _____ para o CRFa _____, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 18

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 – 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