



DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE DOCUMENTOS DIGITALIZADOS

Eu (nome completo:), _____
_____, (nacionalidade) _____,
(estado civil) _____, fonoaudiólogo(a), nascido(a)
em ____/____/____, portador da Identidade Nº _____,
expedido por _____, e do CPF Nº _____,
residente e domiciliado na (logradouro) _____
_____,
(número) _____, (complemento) _____,
(cidade) _____, (estado) _____,

DECLARO, sob as penas das leis, que os documentos apresentados digitalizados,
sem possibilidade de validação digital, ao presente REQUERIMENTO junto ao CRFa-
9ª. Região, SÃO VERDADEIROS E CONFEREM COM OS RESPECTIVOS
ORIGINAIS.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) declarante

CREFONO 9 – Manaus

Av. Carlota Joaquina, nº 87 - Ed. Carvalho Center –
3º andar Conjunto Castelo Branco - Manaus/AM –
CEP 69055-011 Tel: (92) 3342-4300

Subsede CREFONO 9 - Belém

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