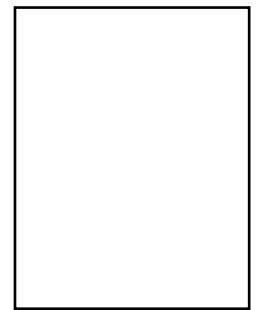


## REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

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



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

- ( ) Inscrição, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 5º
- ( ) Registro secundário, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 12
- ( ) Transferência do CRFa\_\_\_ para o CRFa\_\_\_, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 18
- ( ) Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 25
- ( ) Reintegração, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 30
- ( ) 2ª via do Cartão de Identificação Profissional, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 35
- ( ) Declaração de regularidade para título de especialista
- ( ) Outro: \_\_\_\_\_

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**