CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 4ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 4ª Região

DADOS PESSOAIS

Nome Civil: _____
Nome Social (se aplicável): _____
CPF: _____Documento de Identificação: _____ Órgão Emissor: _____UF: ___
Data de Expedição: ____/____/___ Nacionalidade: _____Naturalidade (Cidade/UF): _____
Estado Civil: ( ) Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viúvo/a ( ) União Estável ( ) Outro: _____
Gênero: _____ Filiação: _____
_____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro:_____Número:_____
Complemento:_____Bairro:_____Cidade:_____UF:____ CEP:_____
Telefone: _____ Celular: _____
E-mail(s): _____

ENDEREÇO PROFISSIONAL (se aplicável)

Instituição/Empresa: _____
CNPJ: _____
Logradouro:_____Número:_____
Complemento:_____Bairro:_____Cidade:_____UF:____ CEP:_____
Telefone: _____ E-mail: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: ( ) Residencial ( ) Profissional

DADOS ACADÊMICOS

Instituição de Ensino Superior: _____
Cidade/UF: _____
Documento apresentado:
( ) Diploma ( ) Certidão de Colação de Grau ( ) Declaração/Certificado de Conclusão de Curso

REQUERIMENTO

Solicito a este Conselho Regional:
( ) Inscrição
( ) Registro Secundário
( ) Transferência de Registro - CRFa de Origem: _____ / CRFa de Destino: _____
( ) Baixa de Registro
( ) Reintegração de Registro
( ) Revalidação da Cédula de Identidade Profissional
( ) Segunda Via do Cartão de Identificação Profissional
Motivo: ( ) Extravio ( ) Furto/Roubo ( ) Deterioração ( ) Alteração de Nome
( ) Inclusão/Alteração de Nome Social ( ) Outro: _____.

DECLARAÇÕES

Declaro, sob as penas da lei, que:
( ) As informações prestadas neste requerimento são verdadeiras.
( ) Os documentos apresentados correspondem aos originais.
( ) Não possuo registro principal ativo em outro Conselho Regional de Fonoaudiologia (à exceção da solicitação de registro secundário).
( ) Estou ciente de que o Conselho Regional de Fonoaudiologia poderá realizar diligências junto à Instituição de Ensino Superior para validação das informações acadêmicas apresentadas.
( ) Estou ciente de que a constatação de fraude documental poderá ensejar a anulação do registro profissional, sem prejuízo das medidas administrativas, civis e penais cabíveis.
( ) Comprometo-me a manter atualizados meus dados cadastrais junto ao Conselho Regional de Fonoaudiologia.
( ) Estou ciente das disposições da Resolução CFFa nº 830/2026.

LGPD

Nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), autorizo o tratamento dos meus dados pessoais pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia para fins cadastrais, administrativos, financeiros, eleitorais, fiscalizatórios e institucionais.
Autorizo o envio de comunicações institucionais:
( ) Sim ( ) Não
Autorizo o envio de documentos administrativos por meio eletrônico:
( ) Sim ( ) Não

Termos em que pede deferimento,

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Fonoaudiólogo(a)

(Assinar centralizado no quadro acima, sem encostar nas linhas, com caneta esferográfica de tinta na cor preta conforme documento de identificação)