

## REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA P-D / PRORROGAÇÃO

Versão 01/2010

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ilma. Sra.

Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia - 6ª Região

Eu, \_\_\_\_\_, fonoaudiólogo(a),  
inscrito(a) nesse CRFa sob o nº \_\_\_\_\_, venho requerer:

- ( ) Transferência do Registro provisório para o definitivo;  
( ) Prorrogação de Registro Provisório;  
( ) Alteração do nome de solteira para o de casada;  
( ) Alteração de Endereço – Novo end.: (Rua, Trav., Av.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Bairro) \_\_\_\_\_ Município/UF:  
\_\_\_\_\_ (CEP) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Fones) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_;

- ( ) Alteração/ Inclusão de Endereço Comercial: (Rua, Trav., Av.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município/UF:  
\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Fones) ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS A ESTE REQUERIMENTO

- a) Cópia autenticada do Diploma, NO CASO DE TRANSFERÊNCIA PARA **REGISTRO DEFINITIVO**;  
Cópia autenticada do Protocolo de Requerimento de Diploma ou da Certidão expedida pela  
faculdade informando que o diploma encontra-se em fase de expedição, NO CASO DE  
**PRORROGAÇÃO DO REGISTRO PROVISÓRIO**;  
b) Carteira Profissional de Fonoaudiólogo original;  
c) Cédula de Identidade Profissional provisória original;  
d) 1 (uma) foto (3X4) recente, com nome completo no verso, para documento de identificação;  
e) Cópia autenticada da Certidão de Casamento, no caso de alteração do Estado Civil;  
f) Cópia do comprovante de pagamento da taxa correspondente ao procedimento.

**ATENÇÃO: Conforme Resolução CFFa 330/06, para que seja deferida a transferência de seu registro provisório para o definitivo ou a prorrogação do provisório, é indispensável a ausência de débitos junto à Tesouraria. (Caso V.Sa. possua débitos, entre em contato com a Tesouraria).**

**O BOLETO DEVERÁ SER SOLICITADO ATRAVÉS DO E-MAIL: [tesouraria.crfa6r@fonoaudiologia.com](mailto:tesouraria.crfa6r@fonoaudiologia.com)**

Para uso do CRFa

Conselho Regional de Fonoaudiologia – 6ª Região  
ES – MG – MT – MS

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº do Protocolo \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Declaro, sob as  
penas da Lei, que  
são verdadeiros os  
dados consignados  
neste requerimento.

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO

Termos em que pede e espera deferimento,

ASSINATURA DO PROFISSIONAL