



Conselho Regional de Fonoaudiologia – 7ª Região
Rua Dr. Voltaire Pires, 200 – Santo Antônio – Porto Alegre – RS – CEP 90640-160
crefono7@crefono7.org.br www.crefono7.org.br - (51) 3333 1291

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar o Cartão de Identificação Profissional. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento é obrigatório de acordo com normativo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades, caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de saber estar sujeito a ações judiciais, face o inadimplemento ser caracterizado infração disciplinar, podendo haver suspensão e cancelamento do exercício profissional e ainda posso requerer Baixa de Registro, no caso de não estar atuando.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
2. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
3. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
4. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
5. Requerer Transferência de Registro Profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
6. Requerer Reintegração de Baixa de Registro quando voltar a atuar profissionalmente;
7. Participar das eleições realizadas por este órgão. O voto é obrigatório, conforme determina a Lei 6965/81. A falta do voto implica em multa eleitoral.
8. Ao ser contratado por uma empresa, verificar se a ela está registrada no Conselho

_____, ____ de _____ de _____.

NOME

ASSINATURA