



CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA  
REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO OU RENOVAÇÃO  
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Ilma. Sra. **Andréa Cintra Lopes**  
Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia

Eu, \_\_\_\_\_, CRFa N° \_\_\_\_\_,  
solicito \_\_\_\_\_ do Título de Especialista em \_\_\_\_\_,  
de acordo com as normas do Conselho Federal de Fonoaudiologia.

DADOS PESSOAIS		
Nome:	_____	
Nacionalidade:	_____	Naturalidade: _____
RG:	Órgão Emissor: _____	Data da Expedição: ____/____/____
CPF:	_____	Data de Nascimento: ____/____/____
Filiação:	_____ _____	
Endereço para correspondência:	_____ _____	
Bairro:	Cidade/UF: _____	CEP: _____
Tel. Res.: ( ) _____	Tel. Com.: ( ) _____	Cel.: ( ) _____
E-mail:	_____	
Local da Graduação (Universidade):	_____	
Ano da Conclusão:	_____	Cidade/UF _____
No caso de chancela para obtenção de título de especialista em Gerontologia e Neuropsicologia, preencher os dados do título obtido nas respectivas Sociedades:		
Ano de Obtenção:	_____	Número do título: _____
Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiros os dados consignados, bem como os documentos originais apresentados neste Requerimento de acordo com a Resoluções CFFa N° 489/2016 e CFFa N°721/2023.		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

SHN, Quadra 02, Bloco F, Asa Norte, Sala 901-911  
Brasília/DF CEP 70702-906  
Telefone: (61) 3323-5065  
[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)    [fono@fonoaudiologia.org.br](mailto:fono@fonoaudiologia.org.br)