

À Senhora,
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região
Assunto: **Atualização de dados Pessoa Jurídica.**

Data: _____, ____/____/____.

RAZÃO SOCIAL: _____,
CNPJ/MF nº: _____/____-____, pessoa jurídica inscrita no CREFONO 5
sob o nº : _____, neste ato representada por seu
Sócio: _____, vem, respeitosamente, REQUERER
atualização cadastral do (s) dado (s) abaixo discriminado(s), consoante o disposto no Art. 9º
da Resolução CFFa nº 446/2014:

- 1- () MUDANÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO;
- 2- () ATUALIZAÇÃO DE QUADRO TÉCNICO;
- 3- () ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
- 4- () ADMISSÃO E/OU SAÍDA DE SÓCIO;
- 5- () OUTROS (especificar): _____.

Termos em que,

Pede Deferimento.

RAZÃO SOCIAL: _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL OU
PROCURADOR _____

Obs.: Documento que deve ser anexado ao requerimento:

- a) Cópia autenticada da Alteração do Contrato Social da referida empresa, no caso dos itens 3 e/ou 4;
- b) Preenchimento do Termo de Resp. Técnica e Relação dos Profissionais, no caso dos itens 1 e/ou 2.



ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL **REGISTRO Nº** _____

NOME DO PROFISSIONAL: _____

ENDEREÇO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TEL.: () _____

Declaro que a partir desta data, assumo inteira responsabilidade pelas atividades ou serviços específicos de Fonoaudiologia, inclusive a concessão de estágios e sua supervisão, oferecidos pela empresa abaixo identificada.

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TEL.: () _____

HORÁRIO DE PERMANÊNCIA DO RT NA EMPRESA: _____

Declaro, também, que me comprometo a cumprir e a fazer cumprir o estabelecimento na regulamentação do Exercício Profissional do Fonoaudiólogo, através da Lei nº 6.965/81 e do Código de Ética Profissional do Fonoaudiólogo.

Estou ciente de que deverei comunicar ao Conselho Regional de Fonoaudiologia, quando do encerramento de minhas atividades, enquanto Responsável Técnico.

Data: _____ Assinatura do Profissional: _____

A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA

Declaramos estar cientes do presente termo de Responsabilidade, firmado pelo Fonoaudiólogo acima que, terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta pessoa jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício de seu mister, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos profissionais e trabalhistas, obriga-nos às responsabilidades legais.

Local e Data: _____

Nome e Assinatura do representante legal da empresa:



Rua 242, nº 30 quadra 71 lote 04 – Setor Coimbra

Cep: 74.535-060 Goiânia – Goiás

Fones: (62) 3293-6124/ 3233-3209

3233-3620 / 3233-3269

www.crefono5.org.br

ANEXO II

RELAÇÃO NOMINAL DE PROFISSIONAIS FONOAUDIÓLOGOS QUE
PRESTAM SERVIÇOS À ENTIDADE

DENOMINAÇÃO (FIRMA OU RAZÃO SOCIAL)

ENDEREÇO COMPLETO, TELEFONE COM DDD E E-MAIL DA EMPRESA

CORPO PROFISSIONAL	Nº CRFa	VÍNCULO EMPREGATÍCIO

DATA DE PRESTAÇÃO DAS PRESENTES INFORMAÇÕES

ASSINATURA DO DIRETOR (A) DA EMPRESA

Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado, bem como informado de que terá o prazo de até 30 (trinta) dias para sanar a pendência, sob pena de indeferimento do requerimento e devolução dos documentos. O prazo para deferimento do requerimento começará a contar a partir da data em que a pendência for sanada. Não será aceita documentação incompleta. Os documentos devem ser enviados através de carta registrada, sedex ou entregue pessoalmente na Sede do Conselho em Goiânia.

