



Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Distrito Federal.

À Senhora,
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região
Assunto: **Encerramento de Responsável Técnico.**

Data: _____, ____/____/_____.

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL:

REGISTRO Nº: _____.

NOME DO PROFISSIONAL: _____,

Declaro que a partir de: _____ / _____ / _____, o Encerramento de minhas atividades, de Responsável Técnico ou serviços específicos de Fonoaudiologia, inclusive a concessão de estágios e sua supervisão, oferecidos pela empresa:

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____

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

Data: _____ Assinatura do Profissional: _____

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.



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