

À Senhora
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 5ª Região.
Assunto: **Requerer Inscrição Pessoa Jurídica.**

Data: _____, ____/____/____.

RAZÃO SOCIAL: _____,

CNPJ/MF nº: _____/_____-_____, com domicílio:

ENDEREÇO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TEL.: () _____ E-MAIL: _____

neste ato representada por seu Sócio _____,

vem, respeitosamente, REQUERER a Inscrição de Pessoa Jurídica, consoante o disposto no Art. 5º da

Resolução CFFa nº 446/2014. Termos em que,

Pede Deferimento.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE _____

Obs.: Documentos que devem ser anexados ao requerimento:

- a) cópia autenticada do instrumento de constituição, bem como das alterações subsequentes, estatuto da instituição e certidão de filantropia quando houver;
- b) cópia autenticada do cartão do C.N.P.J. e/ou impresso via site da Receita Federal e na falta deste, cópia autenticada do protocolo emitido pelo órgão competente, com a regularização em prazo máximo de 30 dias;
- c) cópia autenticada do alvará de funcionamento da empresa, outorgado pela autoridade competente, e na falta deste, do protocolo de entrada autenticado, ou documento equivalente, de acordo com a legislação municipal vigente;
- d) termo de responsabilidade técnica fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, onde constará, obrigatoriamente, dia e horário de trabalho do Fonoaudiólogo, devidamente assinado pelo mesmo e pelo responsável legal da pessoa jurídica (MODELO ANEXO);
- e) relação nominal dos profissionais fonoaudiólogos que prestam serviços à pessoa jurídica, renovável, obrigatoriamente, sempre que ocorrerem alterações no quadro de fonoaudiólogos funcionários ou prestadores de serviços (MODELO ANEXO);
- f) Cópia do comprovante de pagamento da ANUIDADE e das taxas de INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA.



ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL: REGISTRO Nº: _____

NOME DO PROFISSIONAL: _____

ENDEREÇO: _____ **CEP:** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

ESTADO: _____ **TEL.:()** _____ **E-MAIL:** _____

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: _____ **CEP:** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

ESTADO: _____ **TEL.:()** _____ **E-MAIL:** _____

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:
