



Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins

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.

CREFONOS - Goiânia
Rua 242 Qd. 71 Lt. 04
Setor Coimbra Goiânia – Goiás
CEP: 74.535-060
Fone/ Fax: (62) 3233-3209
(062) 3293-6124/ 3233-3620

DELEGACIA CREFONOS - MANAUS
Av. Carlota Joaquina, nº 87
Ed. Carvalho Center 3º andar
Conjunto Castelo Branco
Manaus/AM CEP: 69055-011
Fone: (92) 3236-5042

DELEGACIA CREFONOS – BELÉM
Rua dos Pariquis nº 2999
Ed. Village Center, Sala 809
Bairro Cremação
Belém/PA CEP: 66040-045
Fone: (91) 3249-7519



Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins

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: _____

CREFONOS - Goiânia
Rua 242 Qd. 71 Lt. 04
Setor Coimbra Goiânia – Goiás
CEP: 74.535-060
Fone/ Fax: (62) 3233-3209
(062) 3293-6124/ 3233-3620

DELEGACIA CREFONOS - MANAUS
Av. Carlota Joaquina, nº 87
Ed. Carvalho Center 3º andar
Conjunto Castelo Branco
Manaus/AM CEP: 69055-011
Fone: (92) 3236-5042

DELEGACIA CREFONOS – BELÉM
Rua dos Pariquis nº 2999
Ed. Village Center, Sala 809
Bairro Cremação
Belém/PA CEP: 66040-045
Fone: (91) 3249-7519

