



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

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 subseqüentes, 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.

**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  
[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br)

**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  
E-mail: [deleg.manaus@crefono5.org.br](mailto:deleg.manaus@crefono5.org.br)

**DELEGACIA CREFONOS – BELÉM**  
Rua dos Pariquis nº 2999  
Ed. Village Center, Sala 809  
Bairro Cremação  
Belém/PA CEP: 66040-045  
Fone: (91) 3249-7519  
E-mail: [deleg.belem@crefono5.org.br](mailto:deleg.belem@crefono5.org.br)



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.:( )** \_\_\_\_\_ **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:**

---

**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  
[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br)

**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  
E-mail: [deleg.manaus@crefono5.org.br](mailto:deleg.manaus@crefono5.org.br)

**DELEGACIA CREFONOS – BELÉM**  
Rua dos Pariquis nº 2999  
Ed. Village Center, Sala 809  
Bairro Cremação  
Belém/PA CEP: 66040-045  
Fone: (91) 3249-7519  
E-mail: [deleg.belem@crefono5.org.br](mailto:deleg.belem@crefono5.org.br)



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

## ANEXO II

### RELAÇÃO NOMINAL DE PROFISSIONAIS FONAUDIÓLOGOS 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

**Obs: 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 em Goiânia, Delegacia de Manaus ou Delegacia de Belém conforme endereço abaixo**

**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  
[www.crefono5.org.br](http://www.crefono5.org.br)

**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  
E-mail: [deleg.manaus@crefono5.org.br](mailto:deleg.manaus@crefono5.org.br)

**DELEGACIA CREFONOS – BELÉM**  
Rua dos Pariquis nº 2999  
Ed. Village Center, Sala 809  
Bairro Cremação  
Belém/PA CEP: 66040-045  
Fone: (91) 3249-7519  
E-mail: [deleg.belem@crefono5.org.br](mailto:deleg.belem@crefono5.org.br)