

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

Ao,
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 representado por seu representante legal _____, vem, respeitosamente, REQUERER atualização cadastral do (s) dado (s) abaixo discriminado(s), na Resolução CFFa nº 583/2020:

- 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 DA PESSOA JURÍDICA OU PROCURADOR

Documentos que devem ser anexados 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 Responsabilidade Técnica e Relação dos Profissionais, no caso dos itens 1 e/ou 2.**

É condição para a renovação do certificado de inscrição a inexistência de débitos e a atualização dos dados cadastrais (razão social, endereço, quadro societário, natureza jurídica, objeto social, capital social, e-mail e telefone atualizado), e horário de funcionamento dos serviços de Fonoaudiologia.

Este requerimento e documentos deverão ser encaminhados para a 5ª Região por e-mail em formato PDF com fundo branco (sem redução da qualidade das imagens), correios ou pessoalmente.

Caso os documentos não tenham autenticação digital o representante legal da pessoa jurídica poderá apresentar uma DECLARAÇÃO simples de próprio punho constando a veracidade das informações apresentadas (datada e assinada).

Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul 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: _____ CEP: _____
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.

Local e 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 PESSOA JURÍDICA

