



## CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª REGIÃO



### REQUERIMENTO INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Ilmo (a) Senhor (a)

**Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia - 2 Região**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG/RNE \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ representante da Pessoa Jurídica venho à presença de V.S.a, requerer a inscrição neste Conselho como Pessoa Jurídica da empresa abaixo apresentada:

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Avenida/Rua:		Número:
Complemento:	CEP:	Bairro:
Cidade:	Estado:	Telefone:
E-mail:		
Dia e horário de funcionamento do serviço de fonoaudiologia:		

**Endereço para Correspondência:**  Outro Especificar \_\_\_\_\_

Avenida/Rua:		Número:
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:

**Tipo de Pessoa Jurídica**

<input type="checkbox"/> SECRETARIA DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> SECRETARIA DA EDUCAÇÃO	<input type="checkbox"/> PREFEITURA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA -ESCOLA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA	<input type="checkbox"/> ASSOCIAÇÃO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> EMPRESA DE APARELHOS AUDITIVOS
<input type="checkbox"/> INSTITUTO	<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO
<input type="checkbox"/> HOME CARE	<input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

**Quadro profissional de Fonoaudiólogo(s)**

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
Dia e horário de permanência no serviço:	

## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, \_\_\_\_\_ fonoaudiólogo(a), registrado(a) no Conselho Regional de Fonoaudiologia - 2ª Região sob o nº CRFa 2 - \_\_\_\_\_, cujo endereço residencial é:

Avenida/Rua:		Número:
Complemento:	CEP:	Bairro:
Cidade:	Estado:	Telefone:
Celular:	E-mail:	
Dia e horário de permanência no serviço:		

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:

Declaro ainda, estar ciente do Artigo I da Portaria do CRFa 2ª Região nº 014/2015, que prevê que "o fonoaudiólogo poderá assumir o cargo de Responsável Técnico em, no máximo, 02 (duas) pessoas jurídicas, respeitada a compatibilidade de horário de trabalho".

Razão Social:			
Nº Inscrição:		CNPJ:	
Avenida/Rua:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:		
Dia e horário de funcionamento do serviço de fonoaudiologia:			

Declaro também, que me comprometo a fazer e a cumprir o estabelecido na regulamentação de 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 2ª Região quando do encerramento de minhas atividades, enquanto Responsável Técnico (a).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)