

Protocolo:

Data:



## CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª REGIÃO

### REQUERIMENTO INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

**O preenchimento de todos os campos é obrigatório e a ausência de informação implicará no indeferimento do requerimento.**

Ilmo (a) Senhor (a)

**Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2ª 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:	CNPJ:	
Avenida/Rua:	Número:	
Complemento:	CEP:	Bairro:
Cidade:	Estado:	Telefone:
E-mail:	CNES ( <b>caso exista</b> ):	
Dia e horário de funcionamento do serviço de fonoaudiologia (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):		

Endereço para Correspondência (**preencher caso seja diferente do indicado acima**)

Especificar (exemplo: Contabilidade/ Residencial):

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	

Administração da Pessoa Jurídica é:  Direito Público  Direito Privado  Misto  
**Caso seja administrado por OSS, identifique a Razão Social:**

\_\_\_\_\_

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

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

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

**Relação do quadro técnico do(s) profissional(is) fonoaudiólogo(s)**  
(preenchimento obrigatório de todos os profissionais, inclusive o responsável técnico)

**O preenchimento de todos os campos é obrigatório e a ausência de informação implicará no indeferimento do requerimento.**

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

Nome:	Nº de Inscrição no CRFa 2ª Região:
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):	

## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(Requerimento de Inscrição de PJ - **não é valido para alteração de responsabilidade técnica de empresas já registradas no Conselho**)

**O preenchimento de todos os campos é obrigatório e a ausência de informação implicará no indeferimento do requerimento.**

**Nos campos abaixo identifique os dados do Responsável Técnico:**

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:	
<b>Dia e horário</b> de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):		

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".

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(a) Responsável Técnico(a)

**Nos campos abaixo identifique os dados da Pessoa Jurídica:**

Razão Social:			
Nome Fantasia:			CNPJ:
Avenida/Rua:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:		
<b>Dia e horário</b> de funcionamento do serviço de fonoaudiologia (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h):			

**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.**

**Estamos cientes de que deveremos apresentar novo Termo de Responsabilidade Técnica ao CRFa 2ª Região, indicando o fonoaudiólogo substituto do responsável técnico, quando ocorrer afastamentos por mais de 45 dias.**

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

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