

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: |
| Dia e horário de permanência no serviço (exemplo: Segunda a Sexta: 8h às 18h): |                                    |

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

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

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

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

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

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

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

**Importante:** O processo de inscrição de pessoa jurídica está condicionado a **regularidade financeira e cadastral** (a **cédula profissional não pode estar vencida**) do quadro profissional e com horários compatíveis, caso tenha vínculo com outras empresas.

## 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 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 e Carimbo 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