

Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e

Ao Senhor,
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região
Assunto: **Atualização de dados Pessoa Jurídica.**

Data: _____, ____/____/____.

RAZÃO SOCIAL: _____,
CNPJ/MF nº: _____/_____, pessoa jurídica inscrita no CREFONO 9 sob
o nº _____, neste ato representada por seu
Sócio _____, 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 OU
PROCURADOR _____

Obs.: 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 Resp. Técnica e Relação dos Profissionais, no caso dos itens 1 e/ou 2.

Para emissão do certificado de inscrição e sua renovação por meio eletrônico, o quadro técnico, incluindo o RT, devem estar ADIMPLENTES e REGULARES junto ao conselho, conforme resolução 583/2020, art .13.



CREFONO 9 – SEDE MANAUS
Av. Gabriel Correa Pedrosa, nº 180 - Ed. Carvalho Center
- 2º andar, Sala 14 - Conjunto Castelo Branco -
Manaus/AM - CEP 69055-011
crefono9@crefono9.org.br
Tel: (92) 3342-4300

CREFONO 9 – SUB-SEDE BELÉM
Rua dos Pariquis, nº 2999 - Ed. Village Center, Sala 809,
Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045
delegacia.crefono9@crefono9.org.br
Tel: (91) 2121-0902

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: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ **ESTADO:** _____ **TEL.:()** _____

DIAS E HORÁRIOS 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: _____



CREFONO 9 – SEDE MANAUS

Av. Gabriel Correa Pedrosa, nº 180 - Ed. Carvalho Center
- 2º andar, Sala 14 - Conjunto Castelo Branco -
Manaus/AM - CEP 69055-011
crefono9@crefono9.org.br
Tel: (92) 3342-4300

CREFONO 9 – SUB-SEDE BELÉM

Rua dos Pariquis, nº 2999 - Ed. Village Center, Sala 809,
Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045
delegacia.crefono9@crefono9.org.br
Tel: (91) 2121-0902

Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e

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

ATENÇÃO: Não será aceita documentação incompleta. Havendo pendência na documentação, a pessoa jurídica será comunicada 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 pedido começará a contar a partir da data em que a documentação estiver completa. Os documentos devem ser enviados através de e-mail no endereço registro@crefono9.org.br (MANAUS) ou delegacia.crefono9@crefono9.org.br (BELÉM), carta registrada, sedex ou entregues pessoalmente na Sede do Conselho em Manaus ou na Subsede do Conselho em Belém.



CREFONO 9 – SEDE MANAUS
Av. Gabriel Correa Pedrosa, nº 180 - Ed. Carvalho Center
- 2º andar, Sala 14 - Conjunto Castelo Branco -
Manaus/AM - CEP 69055-011
crefono9@crefono9.org.br
Tel: (92) 3342-4300

CREFONO 9 – SUB-SEDE BELÉM
Rua dos Pariquis, nº 2999 - Ed. Village Center, Sala 809,
Bairro Cremação - Belém/PA - CEP: 66040-045
delegacia.crefono9@crefono9.org.br
Tel: (91) 2121-0902