

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do  
Conselho Regional de Fonoaudiologia – 7ª Região.

\_\_\_\_\_ (nome completo do responsável)  
Responsável pela empresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Razão Social)  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (nome fantasia)  
CNPJ nº \_\_\_\_\_ CPF do responsável \_\_\_\_\_  
Sito à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_ site: \_\_\_\_\_,

Vem requerer a V. S<sup>a</sup>. inscrição de Pessoa Jurídica junto a este Conselho Regional de Fonoaudiologia.

Nestes Termos  
P. Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do responsável)



## TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL    N° Inscrição no Conselho \_\_\_\_\_

Nome do Profissional \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**Dias e Horários Discriminados** (em que o Responsável se encontra na empresa)

Declaro, também, que me comprometo a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na Regulamentação do Exercício profissional do Fonoaudiólogo, através da Lei 6.965/81 e do Código de Ética do Profissional Fonoaudiólogo.

Estou ciente de que deverei comunicar ao Conselho Regional de Fonoaudiologia – 7ª Região, quando do encerramento de minhas atividades, enquanto responsável técnico, bem como, estar presente nos horários mencionados no presente termo e comunicar por escrito qualquer alteração deste.

\_\_\_\_\_  
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 da pessoa credenciada pela empresa