

**DADOS COMPLEMENTARES PARA REGISTRO
OU REVALIDAÇÃO DE CERTIFICADO DE PESSOA JURÍDICA**
(Resolução Nº 583/2020, do CFFa)

Ilmo(a). Senhor(a)
Presidente do CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 1ª. REGIÃO,

(Preenchimento com letra de forma)

Razão Social	
CNPJ	Inscrição no CRFa1:
Nome Fantasia (se houver)	

por seu Representante Legal infra-assinado, vem, com base no que estabelece a legislação em vigor, informar os seguintes dados:

Horário de Funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia		
<input type="checkbox"/>	2ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	3ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	4ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	5ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	6ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	Sábado	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	Domingo	De _____ às _____ horas.

Horário de Permanência do Responsável Técnico no Serviço de Fonoaudiologia		
<input type="checkbox"/>	2ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	3ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	4ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	5ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	6ª. feira	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	Sábado	De _____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/>	Domingo	De _____ às _____ horas.

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiros os dados consignados neste formulário.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Nome Legível do Representante Legal
Assinatura