



Ilmo (a) Sr (a)
Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região

Diretor (a) Técnico(a)

(nome do Estabelecimento)

Vem, pelo presente, requerer à V. S^a . Registro e/ ou Cadastro de Pessoa Jurídica do estabelecimento que dirijo, cujos dados anexo ao presente, de acordo com o disposto na Resolução CFFa. nº 583/2020.

Nestes Termos
P. Deferimento

Local e data:

Assinatura do Diretor:

Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região
Rua Imperador Dom Pedro II, nº 307, Sala 1003, Edf.
Armando Monteiro Filho, Santo Antônio, Recife-PE.
CEP: 50010-240 / Tels.:(81) 3132-1333
E-mail: crefono4@crefono4.org.br Site:
www.crefono4.org.br

Delegacia do Conselho Regional de Fonoaudiologia 4ª Região
Av. Professor Magalhães Neto, Condomínio Millenium Empresarial,
nº 1450, 5º andar, sala 501, Pituba, Salvador/BA
CEP 41810-012 / Tels.:(71) 3036-5458
E-mail: delegaciaba@crefono4.org.br /
tesourariaba@crefono4.org.br