



Conselho Regional de Psicologia da Nona Região

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

**CRP-09/20.** \_\_\_\_\_

À (Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 09ª Região,

A pessoa jurídica (**razão social**) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nome fantasia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na

(Rua/Av) \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

UF \_\_\_\_\_, Telefones \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ramal \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_, Site \_\_\_\_\_,

por seu **representante legal** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_: abaixo assinada(o), conforme o disposto na

Lei nº 5766, de 20 de dezembro de 1971, no Decreto nº 79822, de 17 de junho de 1977 que a regulamenta, na

Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia, vem respeitosamente à presença de V. Sa.,

**requerer a INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**, em razão de sua atividade principal, por ter como objetivo social a prestação de serviços psicológicos a terceiros ou por ter psicóloga(o) na equipe de trabalho.



**Para tal requerimento, declaro ter anexado os seguintes documentos obrigatórios:**

**OBS: Marque os documentos que serão apresentados.**

- 1.( ) Cópia simples acompanhada da original ou cópia autenticada do instrumento de constituição (Contrato Social, Ata ou Estatutos) da pessoa jurídica consolidado com as últimas alterações, registradas em Cartório competente ou na Junta Comercial (Será aceita autenticação digital dos documentos da Junta Comercial);
- 2.( ) Cópia simples acompanhada da original ou cópia autenticada de documento que atribua poderes ao Representante Legal (ex: ata de eleição e posse da diretoria, contrato social, procuração);
- 3.( ) Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica, devidamente preenchida e assinada pela(o) Psicóloga(o) indicada(o) como responsável técnica(o) e a(o) representante legal da pessoa jurídica;
- 4.( ) Termo de Responsabilidade Técnica, devidamente preenchido e assinado pela(o) Psicóloga(o) indicada(o) para a função, constando reconhecimento de firma por verdadeiro da assinatura.
- 5.( ) Certidão Negativa ou Certidão Positiva com Efeito de Negativa da(o) psicóloga(o) indicada(o) como Responsável Técnica(o), que ateste sua regularidade perante o Regional;
- 6.( ) Cópia simples do comprovante de vínculo de trabalho da (o)(s) responsável(eis) técnica (o)(s), por meio dos seguintes documentos (carteira de trabalho, contrato de prestação de serviços, termo de adesão ao trabalho voluntário ou documento constitutivo da empresa, quando sócio);
- 7.( ) Se houver estagiários de Psicologia, cópia dos termos de compromisso firmados com as Universidades ou Faculdades;
- 8.( ) Cartão CNPJ ou documento emitido pela Internet (impressão atualizada do comprovante de inscrição CNPJ);
- 9.( ) Se a entidade for filantrópica, cópia autenticada do documento que comprove ser de utilidade pública, estatuto e outros, devidamente registrados em Cartório, se houver;
- 10.( ) Documento que regulamente as normas de funcionamento (ex: regimento interno), se houver.
- 11.( ) Cópia simples atualizada do Certificado de Registro da Pessoa Jurídica em outro Conselho de fiscalização Profissional, se houver.
- 12.( ) Certificado de filantropia emitido pelo CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social), se houver.
- 13.( ) Cópia de toda e qualquer Alteração Contratual que tenha ocorrido desde a constituição legal da Pessoa Jurídica até a presente data, autenticada.
- 14.( ) Termo de Ciência do sócio proprietário.
- 15.( ) Alvará.

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica**



## Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica

### INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

#### - Dados Cadastrais:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Endereço: Av/ Rua \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**1- O endereço indicado é o mesmo local da prestação do serviço de psicologia? [ ] sim [ ] não**

Caso sejam endereços diferentes, informe abaixo o endereço da prestação dos serviços de psicologia:

**Endereço:** Av/Rua \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### **2- Quadro Social**

-Sócios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



-Representante legal da pessoa jurídica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

**1- Responsável (is) Técnico (s) pelas atividades de Psicologia:**

Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_

**2- Relação de outros psicólogos na Instituição:**

Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_



**3- Relação de outras profissões envolvidas nas atividades da Pessoa Jurídica e seus respectivos números de registros profissionais nos Conselhos de Fiscalização Profissional:**

Nome: \_\_\_\_\_ nº de Registro: \_\_\_\_\_

**4- Caracterização das Atividades da Pessoa Jurídica**

A entidade caracterizada presta serviços de Psicologia desde - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas

Forma de prestação de serviço da pessoa jurídica: \_\_\_\_\_

**5- Áreas de atuação da Pessoa Jurídica (marque as opções correspondentes):**

( ) • Clínica

( ) • Organizacional e do Trabalho

( ) • Trânsito

( ) • Esporte

( ) • Escolar/Educacional

( ) • Psicomotricidade

( ) • Neuropsicologia

( ) • Avaliação Psicológica

( ) • Psicopedagogia

( ) • Saúde

( ) • Hospitalar

( ) • Orientação Profissional/Vocacional

( ) • Cursos/Capacitação

( ) • Ambiental

( ) • Social/Comunitária

( ) • Jurídica



**6- Faixa Etária do público atendido (marque as opções correspondentes):**

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos

**7- Modalidade(s) de prestação de serviços:**

- Individual
- Casal/Família
- Grupal/Equipes

**- Público Atendido:**

**8- Possui projetos quanto à acessibilidade:**

- Sim
- Não

**9- Habilitação para atendimento em LIBRAS:**

- Sim
- Não

**10-** Informe as atividades da Psicologia, bem como os instrumentos utilizados (ex: dinâmicas de grupo, observações, escuta, entrevista psicológica, provas situacionais, recursos lúdicos, testes psicológicos, questionários):

---

---

---

---





---

---

---

---

**RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES**

**Declaramos, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas nesta ficha correspondem à realidade e que qualquer alteração será enviada ao CRP-09, bem como assegurar aos profissionais psicólogos atribuições compatíveis com as exigências legais, éticas e de dignidade profissional e absoluta autonomia em assuntos técnicos.**

**1-** Nome do Representante Legal da Pessoa Jurídica:

---

---

---

**2-** Nome do Responsável Técnico:

---

---

---

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

---

---

---

Assinatura do(a) **Representante Legal**

---

---

---

Assinatura do(a) **Responsável Técnico(a)**

**Ambos os campos deverão ser assinados, ainda que o Representante Legal e o Responsável Técnico sejam a mesma pessoa. Se houver mais de um responsável, todos deverão assinar.**