



Autuação de Processos

Em ____/____/20____ recebi e
protocoliei esta solicitação de **Inscrição de
Pessoa Jurídica** o que originou este processo
sob o n.º ____/20____.

Assinatura e carimbo



REGISTRO

CADASTRO

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 psicólogo(o) na equipe de trabalho.



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

- 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.

Obs.: As cópias que não forem autenticadas deverão ser conferidas com o original no Conselho Regional de Psicologia 9º Região.

_____, _____ 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

Responsável (is) Técnico (s) pelas atividades de Psicologia:

Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____

Relação de outros psicólogos na Instituição:

Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____
Nome: _____ nº do CRP: _____



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: _____

Nome: _____ nº de Registro: _____

Nome: _____ nº de Registro: _____

Nome: _____ nº de Registro: _____

Nome: _____ nº de Registro: _____

1 - 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: _____

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



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

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos

Modalidade(s) de prestação de serviços:

- Individual
- Casal/Família
- Grupal/Equipes

PÚBLICO ATENDIDO:

Possui projetos quanto à acessibilidade:

- Sim
- Não

Habilitação para atendimento em LIBRAS:

- Sim
- Não

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):



Se houver outros profissionais envolvidos, informe as atividades por eles realizadas e de que forma estas estão associadas à Psicologia.

Existem outras atividades que acontecem dentro da pessoa jurídica?

() • Sim

() • Não

Se houver, descreva essas atividades prestadas tanto por funcionários como por voluntários:



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.

Nome do Representante Legal da Pessoa Jurídica:

Nome do Responsável Técnico:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal
da Pessoa Jurídica

Assinatura do Responsável Técnico

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.