



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.



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.