

ANEXO IV À RESOLUÇÃO Nº 16, DE 21 DE AGOSTO DE 2019

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

CRP-\_\_\_\_/PJ

À (Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 3ª Região – (CRP/\_\_\_\_\_).

A \_\_\_\_\_ pessoa \_\_\_\_\_ jurídica \_\_\_\_\_ (razão social) \_\_\_\_\_, Nome fantasia \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na (Rua/Av) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_, 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(a) 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 regule 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-CRP .

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

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

## Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica

### Informações Administrativas

#### 1 - 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: \_\_\_\_\_

Relação de outros psicólogos na Instituição:

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: \_\_\_\_\_

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 a 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/ \_\_\_\_\_, 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.