

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

CRP - SE / PJ

À(Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 19ª Região - SE (CRP/19)

À 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 psicóloga(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), e 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 pela 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 (Anexo II – Declaração Institucional);
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 Requerente 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: _____ Telefones: (____) _____

2. Quadro Social

Sócios: _____

Representante legal da pessoa jurídica: _____

Informações Técnicas

Responsável(eis) 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: _____,

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: _____,

Nome: _____, nº do CRP: _____.

Relação de outros profissionais envolvidos nas atividades da Pessoa Jurídica e seus respectivos números de registros nos Conselhos de Fiscalização Profissional:

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do Registro: _____,

Nome: _____, nº do 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):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Escolar/Educacional | <input type="checkbox"/> Psicopedagogia | <input type="checkbox"/> Cursos/Capacitação |
| <input type="checkbox"/> Esporte | <input type="checkbox"/> Psicomotricidade | <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Ambiental |
| <input type="checkbox"/> Trânsito | <input type="checkbox"/> Neuropsicologia | <input type="checkbox"/> Hospitalar | <input type="checkbox"/> Social/Comunitária |
| <input type="checkbox"/> Organizacional
e do Trabalho | <input type="checkbox"/> Avaliação
Psicológica | <input type="checkbox"/> Orientação
Profissional/Vocacional | <input type="checkbox"/> Jurídica |

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

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crianças | <input type="checkbox"/> Adolescentes | <input type="checkbox"/> Adultos | <input type="checkbox"/> Idosos |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Modalidade de prestação de serviços:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Casal / Família | <input type="checkbox"/> 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/19ª Região, 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 Requerente Legal da PJ*

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.**



TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

_____, _____ de _____ de _____.

Eu, _____ Psicóloga(o)
inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia 19ª Região, sob Nº 19/_____,
RG _____, CPF _____, RESPONSABILIZO-ME TECNICAMENTE
pelo(s) serviço(s) de Psicologia:

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____

Prestado(s) pela Pessoa Jurídica: _____
localizada à _____
CEP _____, Cidade _____, UF _____
e inscrita neste Conselho sob o Nº _____, na forma de:

Registro

Cadastro

Comprometo-me a cumprir o disposto na Resolução CFP nº 016/2019 (ou resolução vigente), especialmente no que se refere às suas atribuições enquanto Responsável Técnica(o), a saber:

- I. Acompanhar frequentemente os serviços de Psicologia prestados;
- II. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas, pela qualidade dos serviços e pela guarda do material utilizado, adequação física e qualidade do ambiente de trabalho utilizado;
- III. Comunicar, formalmente, ao Conselho Regional de Psicologia o seu desligamento da função ou o seu afastamento da Pessoa Jurídica;
- IV. Comunicar ao Conselho Regional de Psicologia as situações de possíveis faltas éticas.

Horário de Trabalho da(o) Responsável Técnica(o):

Dias da Semana	Horário
	às
	às
	às
	às
	às

Responsável Técnica(o)
CRP nº 19/_____

Contatos

Residencial: () _____

Celular: () _____

Comercial: () _____

E-mail: () _____

Nome da Pessoa Jurídica:

**DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL PARA GARANTIA DO AMPLO E LIVRE EXERCÍCIO
PROFISSIONAL POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA E
RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DE PSICOLOGIA DE ACORDO COM O CÓDIGO DE
ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO E LEGISLAÇÕES CABÍVEIS.**

DECLARO, perante o Conselho Regional de Psicologia 19ª Região:

Eu, _____ data de nascimento
____/____/____, portador(a) do RG nº _____, CPF _____,
domiciliado à _____

Sócia(o) / Proprietária(o) da Pessoa Jurídica ou Responsável Legal pela instituição:

_____,
inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob nº _____,
cujo endereço institucional da Pessoa Jurídica é _____

_____,
pleiteante a cadastro / registro de pessoa jurídica de Psicologia neste Conselho Regional de
Psicologia, declaro para todos os fins cabíveis:

- () Estar ciente da Resolução Nº 16/2019, que dispõe sobre o registro e cadastro de Pessoas Jurídicas.
- () Ampla liberdade na utilização dos métodos e técnicas psicológicas, respeitando sua autonomia profissional, os princípios estabelecidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo, bem como as demais normativas em vigência pertinentes à profissão de Psicologia.
- () Ter ciência de que o não cumprimento do respeito à liberdade técnica, fundada na ética, dos profissionais que trabalham na instituição ao qual sou responsável implicará em sanções administrativas, cíveis e criminais por parte dos devidos órgãos competentes.
- () Afixar em local visível ao público o certificado de registro da inscrição da Pessoa Jurídica, bem como solicitar a sua renovação com antecedência mínima de 60 dias da data de vencimento do documento.
- () Comunicar ao Conselho Regional o desligamento da(o) Responsável Técnica(o) de sua função, caso ocorra.
- () A Pessoa Jurídica registrada ou cadastrada, quando da substituição da(o) Responsável Técnica(o), fica obrigada(o) a fazer a devida comunicação ao Conselho Regional de Psicologia no prazo máximo de 30 dias úteis, a contar do desligamento da(o) Responsável Técnica(o) anterior. A Pessoa Jurídica fica proibida de executar serviços de Psicologia enquanto não promover a substituição da(o) Responsável Técnica(o).
- () Encaminhar documento comprobatório ao Conselho Regional de Psicologia de qualquer alteração de seus atos constitutivos.
- () Manter os contatos junto ao Conselho Regional de Psicologia atualizados.
- () Receber o Conselho Regional de Psicologia durante inspeção de Pessoa Jurídica, bem como atender às orientações realizadas pela autarquia.
- () Veicular publicidade enquanto pessoa jurídica contendo o número de inscrição no Conselho Regional de Psicologia e em conformidade com demais normas vigentes.

Sem mais,

_____, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal pela Instituição)

Fundamento desta autorização nas seguintes normativas: Lei nº 4119/1962, Decreto nº 53.464/1964, Lei nº 5766/1971, Decreto nº 79.822/1977, Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), Resolução CFP nº 16/2019.

Observação: Este documento deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada.



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu, _____
Psicóloga(o) inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia 19ª Região, sob Nº
19/_____, venho comunicar meu desligamento da função de responsável técnica(o) da
pessoa jurídica: _____
inscrita neste conselho sob nº CRP PJ _____, conforme determina o art. 13 da Resolução
CFP nº 16/2019 (ou legislação vigente sobre a temática).

Informo que os materiais sigilosos:

Ficaram sob responsabilidade da(o) psicóloga(o) _____
registrado neste CRP sob nº 19/_____ que declara estar ciente de sua responsabilidade de
guarda de material psicológico:

(assinatura da(o) profissional que recebeu o material)

Devem ser lacrados devido à ausência de nova(o) responsável técnica(o), conforme termo de
lacre anexo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

TERMO DE LACRE

Declaro que no dia _____ de _____ de _____ eu, psicóloga(o)

registrada(o) no CRP sob Nº 19/_____ abaixo assinada(o) estive no(a)
_____ situado à
_____ a fim de proceder ao lacre de material psicológico.

Tal procedimento visa cumprir o disposto no art. 15º, parágrafo 1º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005), tendo em vista o meu desligamento, desta instituição.

Resolução CFP nº 010/2005, Art. 15 - Em caso de interrupção do trabalho do psicólogo, por quaisquer motivos, ele deverá zelar pelo destino dos seus arquivos confidenciais. 1º - Em caso de demissão ou exoneração, o psicólogo deverá repassar todo o material ao psicólogo que vier a substituí-lo, ou lacrá-lo para posterior utilização pelo psicólogo substituto. 2º - Em caso de extinção do serviço de Psicologia, o psicólogo responsável informará ao Conselho Regional de Psicologia, que providenciará a destinação dos arquivos confidenciais.

Em virtude de não haver outra(o) psicóloga(o) atuando no local, todo o material deverá permanecer lacrado e ficará, a partir de agora, sob a responsabilidade da(o) Sra.(Sr.)
_____ que ocupa o cargo de
_____. Esta determinação visa cumprir a
Resolução CFP nº 006/2019.

Esse prazo poderá ser ampliado nos casos previstos em lei, por determinação judicial, ou ainda em casos específicos em que seja necessária a manutenção da guarda por maior tempo. Em caso de extinção de serviço psicológico, o destino dos documentos deverá seguir as orientações definidas no Código de Ética Profissional do Psicólogo. Solicita-se que findado esse prazo, seja comunicado o Conselho Regional de Psicologia para definição de destinação do material lacrado.

O lacre só poderá ser rompido pela(o) psicóloga(o) que vier assumir o setor de Psicologia, sendo que será obrigada a presença (ou comunicado formal ao CRP) de um representante do CRP.

Em caso de a(o) responsável pelo material lacrado sair da empresa, deverá ser comunicada(o) imediatamente ao CRP para que será providenciada a substituição.

Consta no material lacrado:

Este documento deve ser assinado em 03 (três vias, uma via deve ser encaminhada ao Conselho Regional de Psicologia).

_____, ____ de _____ de _____.

Psicóloga(o)
CRP 19/ _____

Testemunha

Responsável pelo material lacrado – nome e assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NÃO EVENTUAL E/OU
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, _____ data de nascimento
____/____/____, portador(a) do RG nº _____, CPF _____,
domiciliado à _____

_____,
responsável legal pela(o) criança/adolescente: _____

_____ data de nascimento
____/____/____, portador(a) do RG ou Certidão de Nascimento nº _____,

autorizo a(o) profissional _____,
psicóloga(o) sob registro CRP nº 19/_____ a realizar acompanhamento psicológico não
eventual, bem como a realizar as avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos
cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos
dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de
Ética Profissional), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da
profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e
a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta
autorização.

Sem mais,

_____, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal pela Criança e/ou Adolescente

Nome Completo com Registro e o Carimbo da(o)
Profissional

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo):

Art. 8º - Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente:

§1º - No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes;

§2º - O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.